

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Gestão
da Saúde orientada pelo Professor Doutor Julian Perelman

FINANCIAMENTO HOSPITALAR EM PORTUGAL – INCENTIVOS À SELECÇÃO E EQUIDADE

Patrícia Sofia Oliveira Fonseca Nunes

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

V Curso do Mestrado em Gestão da Saúde



1 de Março de 2012

Ao Armando, por deixar em *standby* os seus sonhos para que eu possa viver os meus...

À Isabel, por todo o tempo que lhe roubei e que não voltamos a ter ...

À Maria, por ter surgido nas nossas vidas ...

Aos meus pais pelo apoio incondicional ...

AGRADECIMENTOS

Finda mais uma etapa da minha vida académica gostaria de agradecer a todos quantos, de uma forma ou outra, contribuíram para a realização deste projecto de investigação, tornando-o possível.

Ao Professor Julian Perelman- a quem admiro pelo profissionalismo, simplicidade e desprendimento em ajudar todos quantos a ele se dirigem – agradeço a disponibilidade com que sempre me orientou ao longo de todo o projecto de investigação. Manifesto aqui o meu apreço pela sua ajuda, paciência, compreensão e pela partilha de conhecimentos que tanto contribuíram para a simplificação de ideias e realização do trabalho. Sem a sua preciosa ajuda não teria sido, de todo, possível.

À Escola Nacional de Saúde Pública pela qualidade no ensino com que brinda os alunos e pela excelência do corpo docente. Sinto-me privilegiada por ter sido vossa aluna.

Aos técnicos da biblioteca pelo auxílio prestado quando da pesquisa bibliográfica.

Às minhas filhas, pelo amor incondicional.

Ao Armando, pela compreensão.

À minha mãe, pela paciência.

Ao meu pai, pelo incentivo.

À minha irmã, por acreditar.

À Helda e Sílvia, pelo companheirismo e amizade.

Resumo

Contexto: O sistema de financiamento do internamento hospitalar público Português é de natureza prospectiva, através de um orçamento global baseado no *casemix* para os doentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de um pagamento por episódio para os doentes dos subsistemas. Em ambos os casos, o financiamento baseia-se principalmente nos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) correspondentes a cada episódio, seja para atribuir um preço por doente saído no caso dos doentes dos subsistemas, seja para calcular o *casemix* do hospital no caso dos doentes do SNS. Atendendo à heterogeneidade de utilização de recursos intra GDH, resultante das características e necessidades individuais de cada doente, é expectável que o hospital, tendo em vista a garantia da sustentabilidade económica e financeira e/ou a obtenção de mais-valias, procure que o custo de produção fique aquém do preço médio pago, o que pode resultar na selecção de doentes. Por outro lado, ao não ser tida em conta no financiamento, e na ausência de selecção, a heterogeneidade intra GDH pode resultar na injusta recompensa/penalização de uns hospitais em detrimento de outros, tendo em conta as características e necessidades da população que servem e pelas quais não são compensados.

Objectivos: O presente estudo propôs-se, por isso, avaliar o impacte que as características inerentes aos doentes têm no consumo de recursos hospitalares, tendo em vista inferir se as mesmas criam incentivos à selecção de doentes ou são fonte de penalizações ou recompensas injustas para os hospitais.

Metodologia: Foi utilizada a amostra completa dos doentes internados no ano 2007 por doenças e perturbações do aparelho circulatório (Grande Categoria de Diagnóstico 5) nos 76 hospitais públicos Portugueses (69.905 episódios). Assumiu-se como *proxy* dos custos a variável tempo de internamento, e avaliou-se, mediante a realização de uma regressão linear multivariada, a relação existente entre a variação no tempo de internamento e as características sexo, idade, severidade, comorbilidades e estatuto económico dos doentes, tendo-se concluído que todas, menos o sexo, têm impacte significativo no tempo de internamento.

Uma análise preliminar da distribuição das características identificadas como indutoras de custos pelos hospitais em estudo, conforme o resultado financeiro alcançado por estes

fosse positivo ou negativo, sugeriu que as mesmas podem ter impacte nos resultados financeiros alcançados pelos hospitais.

Conclusão: Concluiu-se que a actual metodologia de financiamento dos hospitais públicos portugueses possui incentivos à selecção de doentes, visto possibilitar a identificação de doentes que pelas suas características se tornam menos “rentáveis” para os hospitais, o que se pode traduzir numa perda de qualidade assistencial e de acessibilidade para os mesmos e beneficia/penaliza uns hospitais em detrimento de outros, de acordo com as características da população que servem.

Palavras-Chave: Financiamento Hospitalar, Equidade, Acessibilidade, Selecção.

Abstract

Background: Public hospital financing in Portugal is prospective, including a *casemix*-based global budget for National Health Service (NHS) beneficiaries and a payment per case for subsystem beneficiaries. In both cases, it relies on Diagnosis Related Groups (DRG), to pay a price per in-patient stay for subsystem beneficiaries and to calculate the hospital *casemix* in the case of NHS beneficiaries. Given the intra-DRG heterogeneity in resource use resulting from each patient’s characteristics and needs, it is expectable that hospitals will try to keep the production cost below the medium price so as to guarantee economic and financial sustainability and/or to obtain capital gains, which may result in patients’ selection. On the other hand, if intra DRG heterogeneity is not taken into account and selection does not occur, hospitals may be unfairly rewarded or penalized according to the characteristics and needs of their patients.

Objectives: This study aims to assess the impact of patient characteristics on hospital resource use, in order to estimate whether they create incentives to patient selection or are the source of unfair penalties/rewards towards hospitals.

Methods: A sample of patients (69.905 cases) treated for diseases of the circulatory system (Major Diagnostic Category 5) at the 76 Portuguese NHS hospitals, during the year 2007, was used. Considering length of stay (LOS) as a proxy for costs, an estimation was made – through multivariate regression – of the impact on LOS of the following patients’ characteristics: sex, age, severity, comorbidities and economic status. We found that all variables but sex have a

significant impact on LOS. A preliminary analysis suggested that these characteristics were significantly related to hospitals' financial result.

Conclusion: Public hospital financing in Portugal produces incentives for patient selection since some patients are potentially more “profitable” than others. This may result in a lack of accessibility or quality of care for some patients, or in the unfair reward/penalty of hospitals according to the characteristics of their patients.

Keywords: Hospital Financing, Equity, Accessibility, Patient Selection

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VI
LISTA DE TABELAS	VIII
LISTA DE SIGLAS	IX
I – INTRODUÇÃO	1
1.1. Apresentação do tema	1
1.2. Objectivos do trabalho	2
1.3. Estrutura do trabalho	3
II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2. O produto Hospitalar e a medição da produção – sua importância	5
2.1. Sistema de Classificação de Doentes – sua importância na medição da produção e no financiamento hospitalar	7
2.2. Os Grupos de Diagnóstico Homogéneo	8
3. O Financiamento Hospitalar	10
3.1 Natureza do Financiamento Hospitalar e Unidades de Pagamento	11
3.1.1. Financiamento Retrospectivo	11
3.1.2. Financiamento Prospectivo	13
4. O Financiamento Hospitalar Público em Portugal	20
4.1. O Contrato Programa – doentes do SNS	20
4.2. Pagamento Prospectivo por Episódio – doentes dos subsistemas	26
5. Limitações inerentes aos GDH enquanto sistema de financiamento hospitalar	28
6. Factores que influenciam a variação no consumo de recursos dentro de um GDH	31
6.1. Factores inerentes aos doentes	31
6.1.1. Género	32
6.1.2. Idade	32
6.1.3. Comorbilidades	33
6.1.4. Severidade	33
6.1.5. Factores socioeconómicos e Educação	35
6.1.6. Tipo de admissão	36
6.2. Factores relacionados com as instituições prestadoras de cuidados	36
6.2.1. Estrutura	36
6.2.2. Localização	37
6.3. Factores relacionados com os Profissionais	37
7. O Serviço Nacional de Saúde – o Princípio de Equidade	39
8. Equidade, Acessibilidade e Selecção	42
8.1. Equidade	42

8.2. Equidade no acesso a cuidados de saúde em Portugal – A Evidência	44
8.2.1. Cuidados de Saúde Primários	44
8.2.2. Cuidados de Saúde Secundários	45
8.2.3. Meios Complementares de Diagnóstico e Medicamentos	47
8.3. Selecção de Doentes	48
 III – OBJECTIVOS DO ESTUDO	 51
9.1. Objectivo Geral	51
9.2. Objectivo Específico	51
9.3. Pergunta de Investigação	52
 IV – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	 53
10.1. Fases da Investigação	53
10.1.1. Recolha e Selecção de Dados	53
10.2. Conceptualização do Estudo	54
10.2.1. Variáveis de Estudo	55
10.2.1.1. Análise da Relação entre as características dos doentes e a variação do tempo de internamento	55
10.2.1.2. Análise da distribuição das características dos doentes pelos hospitais de acordo com os resultados alcançados	57
 V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	 59
11.1. Caracterização da Amostra	59
11.2. Resultados da análise da relação entre as características dos doentes e a variação do tempo de internamento	60
11.2.1. Análise dos coeficientes resultantes da regressão linear univariada entre as características dos doentes e o tempo de internamento	62
11.2.2. Análise dos coeficientes resultantes da regressão linear multivariada entre as características dos doentes e o tempo de internamento	66
11.3. Análise da Distribuição das Características dos Doentes pelos hospitais de acordo com os resultados alcançados	68
11.2.1. Análise da distribuição das características pelos hospitais	70
 VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	 74
12.1. Limitações Metodológicas	74
12.2. Discussão dos Resultados	76
12.3. Recomendações	84
 VII – CONCLUSÃO	 86
 BIBLIOGRAFIA	 88

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1. Resposta dos hospitais ao financiamento prospectivo	15
QUADRO 2. Metodologia de pagamento da produção contratada por linha de produção	22
QUADRO 3. Síntese das variáveis usadas	56
QUADRO 4. Síntese estatística da variável Total de dias de internamento	57
QUADRO 5. Síntese estatística da variável resultados	58
QUADRO 6. Coeficientes resultantes da regressão univariada entre as características dos doentes e o tempo de internamento	61
QUADRO 7. Resultados da regressão multivariada para o tempo de internamento, valores ajustados por sexo, idade, passagem por UCI durante o internamento, comorbilidades, tipo de admissão, poder de compra e GDH	65
QUADRO 8. Resultados da análise da distribuição das características dos doentes pelos hospitais com resultados anuais positivos e negativos, no ano de 2007	69
QUADRO 9. Quadro síntese das conclusões referentes aos resultados da regressão multivariada sobre tempo de internamento	72
QUADRO 10. Quadro Síntese das conclusões referentes aos resultados da distribuição das características dos doentes pelos hospitais, conforme os seus resultados sejam positivos ou negativos	73

LISTA DE SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CRES – Conselho de Reflexão Estratégico da Saúde

CSP – Cuidados Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

DRG – Diagnoses Related Groups

EPE – Entidade Pública Empresarial

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

GCD – Grande Categoria de Diagnóstico

HSA – Hospitais Sociedade Anónima

HSPA – Hospitais Sector Público Administrativo

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMQO – Método dos Mínimos Quadrados Ordinários

OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde

SA – Sociedade Anónima

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPP – Sistema Pagamento Prospectivo

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

I – INTRODUÇÃO

1. APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

1.1 – APRESENTAÇÃO DO TEMA

Em saúde, como nos demais sectores económicos, os recursos disponíveis para dar resposta às crescentes necessidades das populações são limitados, pelo que a questão do financiamento, da saúde no geral, e dos hospitais, em particular, tem vindo a adquirir particular relevância.

Em Portugal os gastos totais em saúde quase duplicaram nos últimos 30 anos, tendo a despesa média em saúde tido um crescimento superior ao da economia nacional, o que veio pôr em causa a sustentabilidade do sistema de saúde tal como o conhecemos (Comissão para a sustentabilidade do financiamento do SNS, 2007).

Dos factores frequentemente apontados para o crescimento da despesa em saúde, aqueles que maior peso têm tido são o envelhecimento da população, em parte fruto dos ganhos obtidos em saúde, a inovação e desenvolvimento tecnológico, bem como o aumento dos custos com as despesas hospitalares (Campos, 2008).

Efectivamente, verifica-se que dos recursos afectos ao financiamento dos cuidados de saúde, 50% são dirigidos aos hospitais, sendo a parcela do internamento aquela que maior peso tem no consumo de recursos. (Mateus, 2010). Paira por isso sobre o sector hospitalar uma grande pressão para o controle da despesa em saúde.

A literatura, nacional e internacional, é unânime na afirmação de que o sistema de financiamento, e diferentes unidades de pagamento, produzem incentivos que podem provocar consequências tanto nos mecanismos de produção como na acessibilidade dos doentes aos serviços de saúde (Barnum, Kutzin, Saxenian, 1995; Bentes, 1998; Santana, 2005; Marques, 2009; Cabral, 2004; Newhouse, 1989, Barros, 1999).

Os modelos de financiamento hospitalar, além de essenciais para a garantia da sustentabilidade económica e financeira dos sistemas de saúde, contribuem também para a adequação de comportamentos institucionais e individuais adversos de que deles resultem, pelo que importa, cada vez mais, reflectir sobre esta temática (Marques, 2009).

A actual metodologia de pagamento utilizada para financiar os hospitais públicos portugueses procura ser de natureza prospectiva e ter em conta a produção dos hospitais, sendo que para tal recorre à informação disponibilizada pelos GDH para caracterizar o perfil de produção das instituições, em termos de custos dos seus doentes tratados, e posteriormente financiá-las em conformidade (Bentes *et al*, 1996; Bentes, 1997; Mateus, 2002).

Embora este modelo de financiamento seja tido como indutor de eficiência e capaz de conter a despesa em saúde (Barros, 2009), na medida em que por cada doente saído é pago um preço médio sendo expectável que o hospital procure que o preço de produção fique aquém do preço pago, alguns autores defendem que, entre outras desvantagens, este modelo pode ter como consequência o desincentivo à admissão de doentes que acarretem maiores consumos de recursos, sempre que estes sejam identificáveis, visto aumentarem o preço de produção (Perelman *et al.*, 2008).

Em Portugal as políticas de saúde procuram garantir a equidade na distribuição de recursos, no acesso e na utilização de serviços (Lei de Bases da Saúde nº 48/90, de 24 Agosto, com alterações introduzidas pela lei nº 27/2002 de 8 de Novembro). No que concerne o acesso a cuidados diferenciados (hospitalares) estes objectivos só são passíveis de ser atingidos se não existirem incentivos à selecção de doentes mais rentáveis (isto é, com menores custos associados, tendo em conta o preço pago pelo produto final), e se as metodologias utilizadas para financiar os hospitais garantirem uma distribuição equitativa dos recursos, que não beneficie ou não penalize os prestadores em função das características da população que serve.

Torna-se, portanto, impreterível aperfeiçoar e desenvolver metodologias de financiamento que desincentivem, consecutivamente, as iniquidades no acesso a cuidados hospitalares, por meio da adopção de comportamentos compatíveis com selecção de doentes, e na distribuição de recursos.

1.2 – OBJECTIVOS DO TRABALHO

Tendo em conta estes pressupostos, o actual estudo pretende:

- Inferir acerca dos incentivos à selecção de doentes existentes na actual metodologia de financiamento hospitalar em Portugal.
- Inferir acerca do impacte que as características inerentes aos doentes podem ter nos resultados dos hospitais e que resultam em incentivo para a selecção de doentes, tendo em vista a garantia da sustentabilidade económica e financeira e/ou a obtenção de mais-valias.

O actual projecto de investigação ambiciona ainda contribuir para a discussão da actual metodologia de financiamento hospitalar em Portugal, e acrescentar informação que sirva de mais-valia e concorra para a evolução de um sistema de financiamento hospitalar mais justo e equitativo, adequado às necessidades das populações, tendo em conta as especificidades das mesmas, contribuindo assim para uma gestão simultaneamente eficiente e sustentável.

1.3 – ESTRUTURA DO TRABALHO

Tendo em vista os objectivos anteriormente traçados o trabalho segue a seguinte estrutura:

No capítulo I procura-se apresentar o trabalho, tema em estudo e objectivos traçados.

O capítulo II serve de enquadramento teórico ao tema em estudo, tendo por base uma revisão de literatura. Este capítulo aborda temas tão abrangentes como a importância da medição da produção hospitalar para o financiamento hospitalar; o contributo do sistema de classificação dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos para o financiamento hospitalar; a natureza do financiamento hospitalar e as diferentes unidades de pagamento aos prestadores; actual metodologia de financiamento hospitalar público em Portugal; limitações inerentes à utilização dos GDH enquanto instrumento para o financiamento hospitalar; variação na utilização de recursos intra GDH e factores que a influenciam; abordagem ao Sistema de Saúde Português; equidade, acessibilidade e selecção.

Os capítulos III e IV traçam os objectivos centrais e específicos do trabalho bem como a metodologia de investigação adoptada para os alcançar.

A apresentação dos resultados é feita no capítulo V, que se encontram dividido em 2 subcapítulos, o primeiro dedica-se à apresentação da análise da relação entre as características dos doentes e a variação dos custos e o segundo subcapítulo à análise da distribuição das características dos doentes pelos hospitais de acordo com os resultados alcançados pelos mesmos no ano de 2007.

No capítulo VI procede-se à discussão de resultados, são apontadas as limitações do estudo e efectuadas recomendações.

O sétimo, e último, capítulo é dedicado às conclusões.

II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo tem como objectivo proceder a uma revisão da literatura que contribua para uma melhor compreensão da problemática em estudo e sirva a posterior análise dos resultados obtidos.

Assim, e tendo em vista os objectivos definidos na introdução, inicia-se este capítulo com uma abordagem à importância da medição da produção hospitalar para o financiamento hospitalar, bem como do contributo do sistema de classificação dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos para o mesmo. Segue-se uma breve explicação acerca da natureza do financiamento hospitalar e das diferentes unidades de pagamento aos prestadores, suas vantagens e desvantagens, visto estas gerarem diferentes incentivos que influenciam/moldam o comportamento dos prestadores, nomeadamente no que concerne a admissão de doentes. O subcapítulo referente ao financiamento hospitalar público em Portugal procura esclarecer a actual metodologia de financiamento dos hospitais públicos, e abordar os incentivos e lacunas inerentes ao mesmo que podem contribuir para adopção de comportamentos que, ao contribuírem para obtenção de mais-valias, são incompatíveis com os objectivos de equidade.

Visto em Portugal o financiamento hospitalar ser feito, em grande parte, por caso/ episódio, nomeadamente no que concerne o pagamento do internamento, cirurgia de ambulatório e também o pagamento pelos subsistemas e terceiros pagadores tem, portanto, uma forte componente baseada na informação gerada pelos GDH. Uma vez serem várias as críticas apontadas às metodologias de financiamento baseadas nos GDH, optou-se por se dedicar o 5º subcapítulo às limitações inerentes à utilização dos GDH enquanto instrumento para o financiamento hospitalar. Das limitações apontadas aquela que está sob escrutínio neste estudo, por ser a que mais controvérsia levanta no que diz respeito à acessibilidade aos cuidados de saúde, sendo por isso abordada no subcapítulo 6, é a variação na utilização de recursos intra GDH e os factores que a influenciam.

Para justificar a pertinência do estudo face ao contexto dos objectivos almejados pelo Serviço Nacional de Saúde optou-se por fazer uma breve descrição do mesmo no subcapítulo 7, demonstrando posteriormente no subcapítulo 8 o impacte que a actual metodologia de financiamento hospitalar pode ter na persecução de objectivos como sejam a universalidade e a equidade no acesso.

2. O PRODUTO HOSPITALAR E A MEDIÇÃO DA PRODUÇÃO – SUA IMPORTÂNCIA

A caracterização e medição da produção hospitalar são condição *sine qua non* para o conhecimento do que se produz, como se produz e quem, bem como para o apuramento dos custos em que se incorre para produzir (Costa *et al.*, 2008) o que, por sua vez, é determinante para um financiamento em conformidade. Em Portugal, para que tal fosse possível adoptou-se, na década de 80, o sistema de classificação de doentes DRG (Diagnoses Related Groups), conhecidos entre nós como GDH (Grupos de Diagnóstico Homogéneos), tendo-se iniciado na década de 90 a transição para um sistema de financiamento por caso, baseado em GDH (Bentes *et al.*, 1996).

Sendo a questão do financiamento pela produção uma das questões centrais do actual estudo optou-se por ser este o ponto de partida.

Não obstante a caracterização e medição da produção hospitalar ser uma questão central para a administração hospitalar e para a gestão da saúde, esta nem sempre foi exequível dada a dificuldade na definição do produto hospitalar.

Um hospital constitui um dos mais complicados sistemas de produção existentes (Urbano e Bentes, 1990; Costa e Lopes, 2004, Mateus, 2010) originando uma multiplicidade de produtos que vão desde a prestação de actividades de diagnóstico (exames radiológicos e laboratoriais), a cuidados de enfermagem, prestação de serviços hoteleiros e sociais, etc., recebendo os doentes, individualmente, uma combinação de diferentes quantidades de bens e serviços (Urbano e Bentes, 1990, Mateus, 2010), pelo que se torna extremamente difícil definir o produto hospitalar *per si*.

A caracterização e a medição da produção hospitalar são, contudo, de importância decisiva para o conhecimento do que se produz, de como e quem produz, para o apuramento de custos de produção e para o conhecimento do funcionamento e do desempenho dos hospitais (Costa *et al.*, 2008), torna-se portanto impreterível a definição do produto hospitalar.

Urbanos e Bentes (1990) definem o produto hospitalar como sendo “*o conjunto específico de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e como parte do processo de tratamento definido pelo médico*”.

Já Costa, Lopes e Santana (2008), citando Hornbrook (1982) definem o produto hospitalar como sendo o caso tratado (episódio), visto considerarem que a natureza do produto hospitalar diz respeito à provisão de serviços adequados para melhorar a situação de saúde de

cada consumidor, o qual privilegia o resultado final do tratamento em detrimento dos produtos intermédios que lhe são disponibilizados.

Segundo estes autores, se considerarmos que a cada doente corresponde uma combinação de bens e serviços (que mais não são de que uma combinação de cuidados prestados pelo hospital, ao doente, tendo em vista a melhoria do seu estado de saúde), um hospital produz, em última estância, tantos produtos quantos doentes que trata (Mateus, 2010).

O hospital enquanto sistema não pode, contudo, ser gerido na base da especificidade de cada doente, pelo que se tornou impreterível desenvolver mecanismos que permitissem agregar os doentes, partindo das características que têm em comum e que determinam o seu consumo de recursos, para definir os vários produtos hospitalares.

Segundo Mateus (2010) a definição dos vários produtos hospitalares torna possível relacionar o *case mix* do hospital bem como os recursos utilizados e os custos incorridos.

Hornbrook (1982), citado por Costa, Lopes e Santana (2008), sugere duas abordagens para definir, identificar e comparar o produto hospitalar, que ele define como sendo o caso tratado/ episódio: os sistemas de classificação de doentes e o recurso a índices escalares (índices de *case-mix*).

Costa *et al*, 2008, citando Horn e Schumaker (1979), Hornbrook (1982) e Lichtig (1986), referem que estas duas abordagens diferem entre si, sendo que, enquanto os sistemas de classificação de doentes procuram agrupar os doentes tratados no hospital de acordo com critérios previamente definidos – que segundo Hornbrook, 1982, podem ser sintomas, diagnósticos principais, doença, recursos necessários, resultados de tratamento, valor social do produto -, os índices escalares procuram resumir, num único indicador, a totalidade e diversidade da actividade hospitalar, permitindo assim a comparação dos produtos intra e inter hospitalar, o que se traduz numa mais-valia para efeitos de gestão, avaliação da qualidade e eficiência, financiamento e *benchmarking*¹.

Embora diferentes, estas duas abordagens complementam-se na medida em que a informação por elas gerada pode ser “refinada” ao nível da caracterização da produção por doente, ou dar-nos uma visão global da produção hospitalar.

¹ O Benchmarking consiste num método para comparar o desempenho de algum processo, prática de gestão ou produto da organização com o de um processo, prática ou produto similar, que esteja sendo executado de maneira mais eficaz e eficiente, na própria ou em outra organização. Tem como objectivo entender as razões do desempenho superior e adapta-las à realidade da organização, implementando assim melhorias significativas. Definição da Fundação Nacional da Qualidade. Fonte: Benchmarking – Relatório do Comité Temático.

Dada a importância que têm tido no conhecimento e caracterização da produção hospitalar e suas implicações práticas, nomeadamente, na contribuição para a definição do financiamento hospitalar, segue-se uma breve abordagem aos sistemas de classificação de doentes e sua importância.

2.1 – SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - SUA IMPORTÂNCIA NA MEDIÇÃO DA PRODUÇÃO E NO FINANCIAMENTO HOSPITALAR

Os sistemas de classificação de doentes têm como finalidade agrupar doentes, ou episódios de doença, com o objectivo de realçar as semelhanças e diferenças e permitir que os que pertencem à mesma classe sejam tratados de modo semelhante. Ao fazê-lo possibilitam a descrição dos produtos de um hospital em termos dos doentes internados que são semelhantes relativamente a um conjunto de variáveis. (Urbano e Bentes; 1990, Bentes, 1998).

A aplicação desta metodologia de agrupamento de doentes, mediante determinados critérios, teve lugar durante as décadas de 70 e 80 a nível internacional e particularmente nos EUA, e resultou no aparecimento de múltiplos sistemas de classificação de doentes (DRG – Diagnosis Related Groups, DS -Disease Staging, CSI - Computerized Severity of Illness, APACHE – Acute physiology and chronic health evaluation, etc), sendo que de entre todos o que mais se distinguiu e notabilizou foi o DRG (Bentes, 1998).

De acordo com Pinto (2002), os sistemas de classificação divergem entre si na definição, âmbito de aplicação, momento e escala de medição, sendo que divergem ainda ao nível da análise de utilização de recursos, da revisão individual de casos e da previsão do risco de morte, pelo que servem diferentes propósitos.

Costa e Lopes (2004), referem que os sistemas de classificação de doentes variam, essencialmente, nos critérios utilizados para identificar os produtos, pelo que esta abordagem pode comportar alguns problemas.

Hornbrook (1982) e Iezzoni *et al.* (1997), citados por Costa e Lopes (2004), referem como principais reveses na metodologia de classificação de doentes: - o facto de o desempenho de cada sistema de classificação se coadunar com o propósito para que foi inicialmente desenvolvido, o que pode gerar informações incompletas e/ou contraditórias sobre a actividade hospitalar; - a obrigatoriedade de, a cada doente corresponder obrigatoriamente uma categoria, o que pode provocar uma grande heterogeneidade de casos dentro de um mesmo produto; - a existência de um elevado nº de casos em categorias residuais (isto é, com

casos não específicos ou outras situações) poder constituir constrangimento no agrupamento dos casos; - o facto de uma codificação errada, consequente de informação insuficiente ou deturpada, poder resultar em conclusões erradas relativamente à produção, o que pode ter repercussão, nomeadamente no financiamento da instituição.

Não obstante as limitações inerentes à metodologia de construção dos sistemas de classificação de doentes, verificou-se uma ampla aceitação e difusão dos mesmos (Busse *et al.*, 2011).

Bentes *et al.* (1996) e Santana (2005), citando Casas (1991) e Vertrees (1998), referem que o sistema de classificação de doentes mais popular e aplicado a nível internacional é o sistema de Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH). Santana (2005) atribui essa notabilidade ao facto do uso dos GDH como base do sistema de pagamento prospectivo do internamento hospitalar, inicialmente utilizado para o sistema Medicare, nos EUA, parecer conter os custos hospitalares.

Efectivamente os Grupos de Diagnóstico Homogéneo, como são conhecidos em Portugal, foram amplamente divulgados tanto nos EUA como em muitos países Europeus e na Austrália, sendo implementados como mecanismo de financiamento dos hospitais públicos e de controlo de gestão dos hospitais (Urbano, Bentes e Vertrees, 1993, citados por Santana, 2005), após modificações e revisões no sistema, que mais não são do que a adaptação do mesmo às realidades dos hospitais e sistemas de saúde dos países que o adoptam.

Dada a sua notabilidade e importância na actual metodologia de financiamento hospitalar em Portugal, e um pouco por todo mundo, optou-se por se abordar em seguida, muito brevemente, os Grupos de Diagnóstico Homogéneo.

2.2 - OS GRUPOS DE DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEO

Desenvolvidos por Fetter e Thompson, na universidade de Yale, com o objectivo de desenvolver um sistema com classes de doentes que pudesse estar na base de um modelo de financiamento prospectivo (Mateus, 2010; Bentes, 1998; Bentes *et al.*, 1996; Urbano e Bentes, 1990), e aplicados inicialmente em New Jersey, EUA, os Grupos de Diagnóstico Homogéneo são um sistema de classificação de doentes que tem como principal objectivo agrupar os episódios de internamento hospitalar em categorias homogéneas no que respeita ao consumo de recursos, considerando para tal a duração do internamento (Fetter *et al.*, citados por Costa *et al.*, 2008).

Os GDH permitem definir, operacionalmente, os produtos de um hospital, uma vez que os grupos foram concebidos de modo a serem coerentes do ponto de vista clínico e homogéneo em termos do consumo de recursos, pelo que se espera que os doentes pertencentes a um mesmo grupo evoquem respostas clínicas semelhantes com consumo de recursos idêntico (Urbano e Bentes, 1990; Bentes, 1996).

Para que tal seja possível, a elaboração de grupos de diagnóstico homogéneo obedece a critérios: - ter um nº manuseável de classes; - cada GDH deve ser clinicamente relevante e coerente; - cada GDH deve conter doentes com padrões semelhantes de consumo de recursos entre si (Thompson, Averil e Fetter (1979), citados por Mateus (2010), Bentes *et al*, 1997). A obediência dos GDH a estes critérios permite, através do cálculo do nº de doentes saído de cada GDH e da sua preponderância no total de doentes saídos, calcular o índice de case mix do hospital, que mais não é do que a síntese num indicador de toda actividade hospitalar.

Ao reflectir a casuística do hospital, através do índice de case-mix, os Grupos de Diagnóstico Homogéneo permitem um conhecimento mais aprofundado dos doentes que cada hospital trata, bem como dos custos em que incorrem por tratar esses mesmos doentes, o que possibilita a comparação da produção e do desempenho, em termos de eficiência e eficácia, entre os diferentes hospitais.

Os GDH permitem ainda avaliar a qualidade dos cuidados prestados, mediante a comparação de tempos de internamento ou a identificação de doentes com consumo de recursos anormalmente baixos ou elevados, a comparação de padrões de tratamento de casos semelhantes, entre médicos do mesmo hospital e/ou de hospitais diferentes. (Urbano e Bentes, 1990, Bentes, 1996; Mateus, 2000; Santana, 2005)

Dadas as suas características, este sistema de classificação de doentes possibilita ainda o financiamento dos hospitais de acordo com o volume de produção, complexidade e custos relativos dos doentes que tratam (Urbano e Bentes, 1990), tendo por isso contribuído para o advento do financiamento prospectivo.

Mais à frente nesta revisão bibliográfica será abordado o contributo dos GDH para o financiamento prospectivo bem como as principais críticas e limitações apontadas a este sistema de classificação para o financiamento hospitalar.

3. O FINANCIAMENTO HOSPITALAR

A literatura nacional e internacional é unânime quando afirma que a forma como os prestadores de cuidados são financiados gera poderosos incentivos, que determinam o comportamento dos mesmos, nomeadamente no que concerne a equidade no acesso a cuidados de saúde (Barnum, Kutzin, Saxenian, 1995; Bentes, 1998; Santana, 2005; Marques, 2009; Cabral, 2004; Newhouse, 1989). Assim sendo, importa perceber em que consiste o financiamento hospitalar, e quais as principais modalidades de afectação de recursos aos prestadores, para perceber se existem umas que se coadunem mais com os objectivos de universalidade e equidade no acesso a cuidados de saúde do que outras, o que nos permitirá inferir, à luz dos resultados obtidos, se a modalidade de financiamento adoptada em Portugal é a mais adequada tendo em vista a prossecução destes atributos.

Bernum, Kutzin e Saxenian (1995) referem que os mecanismos de financiamento podem induzir ou limitar a eficiência, equidade, satisfação e estado de saúde, pelo que as metodologias de pagamento aos prestadores são uma questão central nas reformas da saúde, podendo moldar as características dos sistemas de saúde no que diz respeito à equidade, efectividade e eficiência (Costa, Santana e Boto, 2008).

Os mesmos autores afirmam que a capacidade para atingir os objectivos gerais dos sistemas de saúde e os custos daí inerentes para a sociedade dependem directamente do método de financiamento utilizado.

O financiamento diz respeito não só à forma como captamos recursos financeiros para fazer face às despesas (Barros, 2009) mas também à forma como os recursos financeiros são distribuídos, pelos diferentes prestadores, para cobrir os custos de produção (Aas, 1995)., No contexto do estudo em questão, o financiamento hospitalar diz respeito à alocação de recursos financeiros que garantam a cobertura das despesas dos cuidados prestados aos doentes, respondendo às suas diferentes necessidades, e garantindo simultaneamente a sustentabilidade da instituição.

Bentes *et al.* (1996) define um sistema de financiamento hospitalar como “...um conjunto de regras objectivas, reconhecidas e politicamente aceites, destinadas à subsistência de uma rede de cuidados diferenciados que assegure a prestação efectiva de cuidados aos doentes e que incentive a gestão eficiente dos recursos...”. Espera-se, portanto, que o financiamento

hospitalar se preocupe não só com a questão da captação de recursos como com a afectação e a gestão eficaz e eficiente dos mesmos.

No que concerne à sua natureza, o financiamento pode ser de natureza prospectiva ou retrospectiva, combinando diferentes modalidades de pagamento. Inerentes a estes dois modelos de financiamento estão associados diferentes incentivos “... no que respeita o volume, qualidade e o mix dos serviços prestados, dependendo a sua aplicabilidade e adequação do contexto económico, social e institucional em que estamos inseridos ...” (Costa et al., 2008). Importa, portanto conhecer as características destes modelos para perceber qual dos dois melhor serve os atributos em estudo neste trabalho, não perdendo de vista o contexto económico e financeiro do sector da saúde.

3.1. NATUREZA DO FINANCIAMENTO HOSPITALAR E UNIDADES DE PAGAMENTO

A literatura considera, em função da sua natureza, dois modelos de afectação de recursos/remuneração aos hospitais, retrospectivo e prospectivo, sendo que a cada um estão associadas vantagens e desvantagens, conforme descrito abaixo (Bentes, 1998; Barnum *et al*, 1995; Barros e Gomes, 2002; Bodenheimer e Grumbach, 1994, citados por Costa, Santana e Boto, 2008).

No âmbito do financiamento hospitalar, tanto retrospectivo como prospectivo incluem-se várias modalidades de pagamento aos prestadores que mais não são do que critérios que definem a forma como o dinheiro vai ser atribuído às instituições, pelos serviços por elas a serem prestados, sendo que a diferentes modalidades de pagamento estão associados riscos e incentivos distintos. Consoante as características que as definem as unidades de pagamento podem ser consideradas de natureza retrospectiva ou prospectiva sugerindo a literatura (Barnum et. al, 1995; Mateus, 2010; Medici, 2002; CRES, 1998. Aas, 1995), as seguintes modalidades de pagamento, Pagamento ao Acto, por Diária de Internamento, por Episódio, por Orçamento Global e Pagamento por Capitação.

3.1.1 - FINANCIAMENTO RETROSPECTIVO

A primeira forma de financiamento retrospectivo, aplicada em vários países industrializados até aos anos 80-90, consiste, basicamente, na reposição dos custos incorridos pelos prestadores, sendo o montante atribuído calculado de acordo com a despesa do ano anterior, não existindo qualquer relação entre o financiamento, a produção e o desempenho (Bentes, 1998). Ao não considerar os preços, o tipo e a qualidade dos serviços prestados (CRES, 1998), este sistema de remuneração não contém quaisquer incentivos à eficiência, visto não

contemplar qualquer risco para o prestador. Assim sendo, não tem preocupações com a redução dos custos, podendo, pelo contrário potenciar um consumo exagerado dos mesmos (Escoval, 1999), até porque quaisquer ganhos resultantes de um aumento na eficiência são transferidos para o financiador, não obtendo o prestador quaisquer mais-valias. Barros e Gomes (2002) referem que por ser um sistema “aberto no fim” é indutor da procura, uma vez que garante a cobertura dos custos sem atender à qualidade, efectividade e eficiência.

Como principais vantagens deste modelo de financiamento Barros e Gomes (2002) apontam a liberdade e a maior continuidade de cuidados potenciada pelos prestadores que são pagos em função do que produzem. Já Costa (1990) refere a diminuição de conflitos entre qualidade e actividade produzida como uma das principais vantagens.

Ellis e McGuire (1986) salientam ainda que num sistema baseado na reposição de custos, em que o sistema de reembolso cubra mais do que os custos, hospital e doentes partilham um mesmo interesse – a sobre prestação de cuidados – o hospital para a obtenção de mais-valias e o paciente mais benefícios.

Outras formas de financiamento retrospectivo são as seguintes modalidades de financiamento:

Pagamento ao Acto (*fee for service*) – O prestador é remunerado por cada serviço/acto prestado, consistindo o pagamento total no somatório dos preços dos actos prestados. Assim, o financiamento aumenta proporcionalmente ao nº de actos prestados. Segundo a CRES (1998) os preços a serem pagos por cada acto prestado podem estar previamente definidos ou não, consoante os regimes sejam mais ou menos liberais e haja uma maior ou menor regulação.

As principais vantagens deste modelo remuneratório são uma maior flexibilidade na prestação, incentivo ao aumento da produtividade – o que pode ser positivo em caso de escassez de médicos – (Médici, 2002).

Como desvantagens há a referir o incentivo à multiplicação de actos, o que aumenta os custos totais e tem consequências em termos de eficiência técnica e distributiva (CRES, 1998), o desincentivo à prevenção da doença e o aumento dos custos associados à necessidade de fiscalização e regulação entre acto registado e acto efectivamente prestado. Requer, portanto, fortes mecanismos de controlo, administração, fiscalização e avaliação (Médici, 2002). Rice (1997) refere ainda que, embora exista um incentivo à produção, não existe um claro incentivo à qualidade.

Pagamento por Diária de Internamento – O prestador é remunerado de acordo com o nº de dias que o doente esteve hospitalizado. Assim sendo, a um maior nº de dias de internamento corresponde um maior financiamento pelo que, também esta forma de pagamento é indutora de ineficiência já que, conforme refere a CRES, 1998, potencia admissões eventualmente dispensáveis (casos que poderiam ser, por exemplo tratados em ambulatório) e faz aumentar a demora média de internamento, com vista à obtenção de dividendos. Aas(1995) sugere ainda que esta metodologia de financiamento pode levar a um aumento do nº de camas nos hospitais, tendo em vista um aumento na taxa de ocupação e, conseqüentemente no financiamento a receber. Aas (1995) refere ainda que dependendo da eficiência técnica e da casuística dos doentes admitidos, pode existir incentivo à diminuição dos custos médios por dia de internamento e o aumento dos custos médios por admissão, tendo em vista a obtenção de mais-valias.

Segundo CRES (1998), o único país que, em 1998, utilizava este método de pagamento era Alemanha, sendo que registava uma das mais elevadas demoras médias de internamento da União Europeia. Este foi de resto o único país a registar um aumento do nº de camas por 1000 habitantes, entre 1980 e 1994 (CRES, 1998)

3.1.2 - FINANCIAMENTO PROSPECTIVO

Relativamente ao financiamento de natureza prospectiva, este pressupõe a atribuição de uma quantia fixa a pagar, por doente, aos hospitais, que é independente dos custos incorridos. Conforme referido por Barros (2009), o pagamento para cada tipo de procedimento é estabelecido antes do mesmo ter tido lugar o que gera um forte incentivo à poupança de recursos e à procura da eficiência mas introduz incerteza financeira no hospital. Segundo Waters e Hussey (2004) um sistema de financiamento é prospectivo sempre que a modalidade de pagamento é pré definida.

Perelman e Closon (2007) salientam que num sistema de financiamento prospectivo os prestadores são financeiramente responsáveis pelas despesas incorridas além do preço fixado por doente tratado. Isto porque, quando pagamos uma quantia prospectiva a um prestador, este é obrigado a suportar os custos marginais do tratamento (Ellis e McGuire, 1986). Este mecanismo obriga, por isso, a uma partilha de custos já que parte da responsabilidade destes é transferida da procura para a oferta.

Segundo Barros e Gomes (2002) o sistema de financiamento prospectivo tem ainda a capacidade de controlar os custos, promover a adopção de práticas mais custo eficazes e incentivar a prevenção em detrimento da cura. Bentes (1998) refere que inerente a este

sistema de financiamento está uma política de racionalidade que incentiva os prestadores a comportamentos eficientes, mediante o risco que lhes é imposto pelos pagadores decorrente da potencial diferença entre custos praticados e preços estabelecidos.

A partilha de custos imposta pelo SPP pressupõe, contudo, que quanto mais actos o hospital produzir, menor serão os dividendos colhidos, provenientes do financiamento, pelo que, segundo Ellis e McGuire (1986) a capacidade deste sistema para promover cuidados custo-effectivos e conter custos depende da resposta dos prestadores à alteração na metodologia de pagamento, o que pode acarretar custos e/ou benefícios sociais, já que a questão que se levanta é até que ponto a resposta ao financiamento prospectivo afecta a quantidade e a qualidade dos cuidados prestados e se esta resposta, é afectada pela partilha de custos pelos prestadores, e a resposta ou é óptima ou fica aquém das necessidades dos doentes.

Reconhecidas que são as vantagens desta metodologia de financiamento (ver tabela 1 – Resposta dos Hospitais ao Financiamento Prospectivo, adaptada de Mateus, 2008), nomeadamente no que diz respeito ao aumento da eficiência, eficácia, controle de custos (relacionados com a diminuição dos tempos de internamento), responsabilização dos prestadores, etc., tem-se assistido, cada vez mais, à transição de modelos de financiamento de cariz retrospectivo, baseados no reembolso de custos históricos, para modelos de cariz prospectivo. Efectivamente, “... a principal tendência é para a adopção de sistemas de pagamento de acordo com o desempenho, responsabilizando a gestão pelos resultados obtidos...” (Barros e Gomes, 2002).

O sistema de financiamento prospectivo não está, contudo, isento de críticas. Assim, algumas das desvantagens frequentemente apontadas prendem-se com o incentivo à sob prestação de cuidados mediante um mesmo pagamento, menor motivação, redução na qualidade de atendimento, incentivo à selecção e/ou exclusão dos pacientes mais doentes e/ou de estratos socioeconómicos inferiores, portanto, menos rentáveis, e com a admissão desnecessária de doentes com baixos custos associados. Isto porque, uma vez que o prestador recebe a mesma quantia por doente, independentemente dos custos em que incorre, então é financeiramente compensatório tratar doentes com menores custos associados. Efectivamente, um estudo levado a cabo por Ellis (1998) concluiu que o financiamento prospectivo potencia a sobre prestação de cuidados a doentes de baixa severidade, a sob prestação a doentes de elevada severidade e promove a selecção de doentes. Newhouse (1989) evidenciou que o sistema de pagamento prospectivo da Medicare aumentou a proporção de doentes “não rentáveis” atendidos nos hospitais públicos. Frank e Lave (1989) demonstraram que o tempo de

internamento aumentou para doentes com menor severidade associada e diminuiu para os doentes mais severos. O mesmo concluíra Ellis e McGuire (1986). KJERSTAD (2003) comprovou a existência de altas prematuras após a introdução do financiamento prospectivo em alguns hospitais na Noruega. Estas constatações não só reiteram a tendência para selecção de doentes com menores custos associados, como colocam em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Dado o crescente interesse na medição do impacto do financiamento prospectivo, cada vez mais adoptado pelos diferentes sistemas de saúde, são vários os teóricos que se têm dedicado à medição dos mesmos. A tabela abaixo, adaptada de Mateus (2008), procura assim resumir os efeitos expectáveis, descritos do ponto de vista teórico, da adopção desta metodologia de financiamento.

QUADRO 1. Resposta dos hospitais ao financiamento prospectivo

Estudo	Resultados
Rosko e Broyles (1987)	O sistema de pagamento por GDH resulta numa redução da DM em 6.5%
Hadley, Zuckerman e Feder (1989)	Os hospitais respondem ao financiamento por GDH com uma redução na DM, sendo esta resposta mais notada no primeiro ano.
Chesney (1990)	Concluiu que há uma redução significativa na DM após a introdução de um sistema de pagamento prospectivo. No entanto, após alguns anos existe evidência de que a DM começa a subir
Muller (1993)	Existem reduções significativas na DM após a introdução de um sistema de pagamento prospectivo, mas não se mantém.
Dismuke (1996)	Reduções na DM e no desvio padrão o que revela um comportamento consistente com “maximização de lucros”.
Adaptado de “Oferta e Pagamento de Cuidados”, Mateus (2008)	

No que concerne as unidades de pagamento, e devido às particularidades que as caracterizam, são consideradas de natureza prospectiva as seguintes modalidades:

Pagamento por episódio: Uma das mais conhecidas modalidades de financiamento prospectivo é o financiamento por GDH (Grupo de Diagnóstico Homogéneo) que consiste na atribuição de uma quantia fixa por cada doente em cada Grupo de Diagnóstico Homogéneo, partindo do pressuposto de que “ ... não há razão para que os recursos distribuídos entre os diversos hospitais sejam de montante diferente para o tratamento de doentes que, em média, deverão ter custos semelhantes...” (Portal da Codificação e dos GDH, consultado a 20

Fevereiro, 2011). Assim sendo, “ ... prefiguram-se uma série de casos tipificados (com base no diagnóstico principal, situação do doente e/ou severidade da doença) e para cada caso são acordados os respectivos preços compreensivos...” (CRES, 1998). Esta modalidade de pagamento pressupõe, portanto, o pagamento de um montante previamente acordado, pelos serviços prestados para determinado caso, episódio de doença-

Segundo Barnum *et al* (1995), esta metodologia de pagamento potencia uma produção mais eficiente e mais custo-efectiva, residindo a sua maior vantagem no incentivo à contenção de custos por caso. Tal é reiterado por Costa (1990) que refere que os incentivos à eficiência se podem traduzir numa diminuição da demora média de internamento, num racionamento dos serviços prestados, nomeadamente no que diz respeito à tecnologia utilizada, no desincentivo o aumento do nº de actos prestados e numa recombinação da utilização de recursos, promovendo ainda a reconversão das camas hospitalares.

Existe, portanto, um claro incentivo ao aumento do nº de doentes tratados e à diminuição do tempo de tratamento dos mesmos já que, a um maior volume de doentes tratados corresponde um maior financiamento, o que aliado a uma diminuição no consumo de recursos (do qual o tempo de internamento é considerado *proxy*), resulta na obtenção de mais - valias para o hospital (visto os custos incorridos ficarem aquém do preço pago pelo financiador), já que o preço por caso/episódio é, à partida, fixo.

Contudo os preços que irão ser pagos por cada GDH poderão não reflectir, com rigor, o consumo real ou mesmo o consumo desejável de recursos, caso a caso, pelo que alguns dos GDH poderão ser sobrefinanciados e outros subfinanciados, relativamente ao que seria o consumo razoável de recursos. Esta é, de resto, uma das principais críticas tecidas a esta modalidade de financiamento.

Como principais desvantagens a este modelo de pagamento Barnum *et al* (1995), salientam o incentivo à selecção de doentes com menores custos de produção associados, dentro de cada categoria/grupo de episódios de doença – uma vez que o interesse financeiro reside em aceitar casos para os quais o pagamento seja superior aos custos esperados -, e o incentivo á codificação/colocação dos doentes em categorias, episódios ou casos de doença aos quais estão associados uma melhor remuneração (no financiamento por GDH este fenómeno é conhecido por DRG Creep²). Waters e Hussey (2004) e Medici (2002) defendem que este

²O termo *DRG Creep* refere-se ao fenómeno de alteração dos registos hospitalares - classificação e/ou codificação errada e deliberada dos paciente, tendo em vista o aumento do ICM e do financiamento, o que se traduz na obtenção de maiores encaixes

método de financiamento pode potenciar o internamento de doentes, tendo em vista um maior financiamento. CRES (1998) alerta ainda para uma possível sob prestação de cuidados, decorrente de uma redução na utilização de recursos clínicos, nº dias de internamento e/ou actos prestados, como forma de potenciar as mais-valias, o que é reiterado por Aas (1995) que defende que os incentivos para tratar mais doentes e reduzir os custos de produção por caso, tendo em vista a maximização do lucro por doente, podem ter consequências no que respeita a qualidade.

Pagamento por Orçamento Global: consiste no pagamento prévio ao prestador de uma quantia global, destinada a cobrir as despesas incorridas pelo prestador durante um determinado período de tempo, pelo que pressupõe o estabelecimento prévio do volume e características de produção.

Os orçamentos globais podem ser determinados com base na despesa histórica, custos unitários fixos, populações a serem cobertas, volume de serviço a ser prestado (dias de internamento e/ou casuística dos casos tratados), (Barnum *et al.*, 1995, CRES, 1998) sendo que a forma como o orçamento é determinado tem particular relevância no que concerne a eficiência.

AAs (1995) por sua vez defende que os orçamentos globais podem ser calculados recorrendo a uma fórmula de capitação (calculada recorrendo a variáveis que influenciem as necessidades em saúde) e tendo em base a despesa histórica, sendo que ambos pressupõe uma contratualização daquilo a ser produzido, tendo em conta o que é pago.

A atribuição de um orçamento global confere ao prestador uma maior flexibilidade (AAS, 1995), na medida em que estes podem alocar os recursos ao longo das linhas de produção (ex. serviços) conforme as necessidades, e responsabilidade na utilização dos recursos financeiros, pelo que é indispensável que esteja disponível informação correcta e precisa dos custos de produção.

A principal vantagem do financiamento por orçamento global consiste na capacidade de conter os custos. Contudo esta modalidade de financiamento não oferece incentivos à qualidade, uma vez que o aumento da qualidade potenciará a admissão de um maior nº de casos o que resultaria num aumento do consumo de recursos e consequentemente em perdas

financeiros, tendo em conta os serviços prestados. Donald Simborg, 1981 in: *DRG Creep a new hospital- acquired disease*, *New Engl J. Med* 1981; 304: 1602-1604 June 25, 1981

financeiras para os hospitais, pelo que tem como desvantagem os custos inerentes à monitorização da mesma (Barnum *et al.*, 1995).

Barnum et al. (1995) sugerem ainda que o orçamento global pode ser útil quando associado a outras modalidades de pagamento, como sejam a capitação ou pagamento por episódio.

Capitação: O pagamento por capitação, utilizado nos EUA para o financiamento das HMO's (Health Maintenance Organizations), pressupõe a atribuição de um montante global fixo por cada pessoa que integra um determinado nível de cuidados, independentemente de precisar ou não de cuidados, durante um determinado período de tempo, com o intuito de financiar os custos referentes a um conjunto de serviços (Aas, 1995; Barnum et al., 1995). Neste modelo o prestador têm uma lista na qual estão inscritos um conjunto de cidadãos, recebendo por cada um, um valor fixo, por norma anual, com vista a custear os cuidados contratados, sendo que a escolha do prestador é feita pelo cidadão (CRES, 1998). Assim sendo, existe um duplo incentivo ao controle de custos e à prestação de cuidados custo-eficazes, já que havendo diferencial entre o preço pago e o custo incorrido o mesmo reverte a favor do prestador (Barnum, 1995; Aas, 1995; CRES, 1998). Tal pode contudo resultar num incentivo à selecção de doentes com menores riscos associados e a diminuição da quantidade e qualidade dos serviços prestados, tendo em vista a redução dos custos da população abrangida pelos cuidados. A CRES, 1998, por sua vez, acrescenta que, resultante de uma necessidade de fidelização dos utentes, pode ocorrer um aumento nos custos incorridos, provocados por uma sobre prescrição exagerada de medicamentos e/ou exames complementares de diagnóstico (medidas bem vista e aceites pelo cidadão comum) uma vez que existe a possibilidade dos cidadãos mudarem de prestador. Uma vez que a cada cidadão está associado uma determinada quantia, a uma diminuição na lista de inscritos corresponde uma penalização nos honorários. Assim, inerente a esta modalidade de pagamento está uma melhoria da qualidade dos serviços prestado, tendo em vista uma maior fidelização dos cidadãos inscritos. O financiamento por capitação coloca ainda a tónica na prevenção da doença, em detrimento da cura já que os cuidados de saúde diferenciados são mais dispendiosos.

Uma vez que a diferentes modalidades correspondem incentivos divergentes verifica-se, por parte da entidade pagadoras, a adopção de modelos de financiamento que combinam diferentes unidades e fortes medidas de regulação, tendo em vista a mitigação das desvantagens associadas às diferentes metodologias de financiamento. Ponderadas as vantagens e desvantagens, no que concerne à natureza, de ambos os sistemas de financiamento verifica-se que nenhum dos dois métodos é perfeito e, portanto, ideal, pelo que

adopção de um sistema de financiamento misto, que combine incentivos para o desempenho e o controlo dos custos, se traduz numa mais-valia (Barnum *et al.*, 1995; Aas, 1995; Barros e Gomes, 2002; Barros, 2009).

Uma vez abordadas as vantagens e desvantagens dos diferentes sistemas e unidades de pagamento aos prestadores, importa agora conhecer quais as opções de financiamento hospitalar que têm sido adoptadas pelo sistema de saúde português para financiar os hospitais em Portugal, já que, inerentes a essas opções estão, conforme verificamos, diferentes incentivos que têm, sem dúvida, repercussões no que concerne a equidade no acesso (objecto de estudo), a efectividade, a eficiência e a qualidade, conforme referido anteriormente.

4. O FINANCIAMENTO HOSPITALAR PÚBLICO EM PORTUGAL

Em Portugal o financiamento do SNS é feito essencialmente através do Orçamento de Estado (Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde) sendo que os serviços do SNS podem ainda cobrar receitas de acordo com as situações previstas na Lei – facturação de cuidados prestados a terceiros responsáveis, nomeadamente subsistemas de saúde e entidades seguradoras - e inscreve-las nos seus orçamentos próprios (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro). A Base XXXIV da Lei 48/90 determina ainda que se podem cobrar taxas moderadoras com o intuito de regular o uso dos serviços do SNS.

Em suma, o financiamento dos hospitais públicos portugueses, que integram o SNS, compreende um Orçamento de Estado e receitas provenientes da facturação a terceiros pagadores. Sempre que os cuidados abrangem os beneficiários do SNS a modalidade de pagamento utilizada é o contrato programa. Quando a actividade a ser paga diz respeito aos subsistemas de saúde³ e restantes terceiros pagadores utiliza-se o pagamento prospectivo por episódio de internamento (Marques, 2009; ACSS, 2010), recorrendo-se para tal às Portarias dos GDH que estabelecem o preço a praticar pelo SNS, por episódio de internamento codificado pelo “agrupador” de GDH, ao qual corresponde um preço definido na tabela nacional de GDH.

4.1 - O CONTRATO PROGRAMA – DOENTES DO SNS

O contrato programa é *“... o documento que sela o acordo tripartido relativo ao compromisso de desenvolvimento de um conjunto de direitos e obrigações, entre as quais se inclui a actividade produtiva prevista bem como as contrapartidas financeira em função da actividade proposta ...”* (Costa, Santana e Boto, 2008). Segundo Bentes (2003) o contrato programa *“... especifica o conjunto de outputs que deverão ser produzidos a partir de um dado volume de inputs financeiro, num período de tempo e segundo determinados padrões de qualidade...”*. Os contratos programa determinam portanto o valor de financiamento a atribuí a cada hospital, tendo em vista a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS.

Este documento, resultado de um processo de negociação onde participam ACSS (pagador), os Departamentos de Contratualização de cada ARS (negociador) e cada unidade hospitalar

³Os subsistemas de saúde surgiram em Portugal, antes da revolução de 1974, com o objectivo de colmatar os limitados níveis de cuidados proporcionados pelo Estado Português, tendo, surpreendentemente, persistido até hoje. Os subsistemas de saúde, definidos pela ACSS (2010) como *“entidades públicas ou privadas ... responsáveis pelos encargos resultantes dos serviços prestados aos utentes nos estabelecimentos de saúde (instituições e serviços) integrados no SNS continuam a “cobrir” uma fracção considerável da população que beneficia de mecanismos de protecção em situação de cuidados médicos para além do SNS* (Simões, Barros e Pereira, 2008).

(prestador) (Costa, Santana e Boto, 2008), apresenta a metodologia para o pagamento de contrapartidas financeiras, em função da produção e resultados previstos para o ano a que diz respeito, sendo que as contrapartidas financeiras remuneram um conjunto de serviços mínimos contratados e descritos em sede de contrato programa (Contrato Programa 2009, ACSS, 2008).

Os primeiros contratos programa foram estabelecidos em 2003, entre os hospitais Sociedades Anónimas (SA), a União de Missão dos hospitais SA e o ex IGIF (ACSS), tendo em 2006 o processo de contratualização sido alargado a todos os hospitais do SNS -EPE e SPA- (Marques, 2009; Valente, 2010).

O contrato programa, para além de estabelecer as quantidades a contratar por linha de produção, define ainda a tabela de preços a praticar, estabelece limites à produção marginal e define os critérios de atribuição de incentivos institucionais. Nos contratos estão ainda definidos os objectivos a atingir, acordados com a tutela, bem como os indicadores que permitem avaliar o desempenho destas instituições. O contrato programa prevê ainda o pagamento da quantidade prevista em sede de contrato, sendo que se essa quantidade não for produzida podem ocorrer reduções e/ou penalizações no pagamento.

O Plano de Desempenho referente ao final de cada exercício económico é ponto de partida para o processo de negociação uma vez que é com base nele que se estima o nível de actividade e se estabelece o montante a ser distribuído por hospital (ACSS, 2006).

No que respeita as linhas de produção: internamento, ambulatório, consultas externas, urgências, sessões de hospital de dia e serviços domiciliários, a quantidade a ser produzida por hospital é calculada tendo em conta o plano de desempenho elaborado no final do exercício económico do ano anterior ao que se refere o contrato programa (ACSS, 2006), sendo a produção contratada paga da seguinte forma:

QUADRO 2. Metodologia de pagamento da produção contratada por linha de produção

Linha de Produção	Quantidade	Índice Case-Mix (ICM)	Preço	Pagamento
Internamento (GDH)	Nº de Doentes Equivalentes (x)	ICM para Internamento Hospitalar	Preço Base do Grupo Hospitalar (PBGH)	$X \times \text{ICM} \times \text{PBGH}$
Ambulatório Médico e Cirúrgico	Nº de Doentes Equivalentes (y)	ICM para doentes ambulatório	Preço Base do Grupo Hospitalar (PBGH)	$y \times \text{ICMa} \times \text{PBGH}$
Consultas Externas (1ª consulta e seguintes)	Nº de consultas (z)	-	Preço Base do Grupo Hospitalar (preço da 1ª consulta superior em 10% ao preço das consultas subsequentes)	$z \times \text{PBGH}$
Urgências	Nº de episódios urgentes (w)	-	Preço Base do Grupo Hospitalar (PBGH)	$w \times \text{PBGH}$
Hospital de Dia	Nº de Sessões de Hospital de Dia (m)	-	Preço por tipo de Cuidados Prestados	$m \times \text{Preço Cuidados Prestados}$
Internamento Doentes Crónicos	Diária (t)	-	Preço por Diária Internamento	$t \times \text{Preço Diária Internamento}$
Serviço Domiciliário	Nº de Visitas (v)	-	Preço por visita	$v \times \text{Preço Visita}$

Adaptado de Amaro, N. *et al.* – The implementation of a purchasing mechanism for hospital resource allocation in Portugal. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/PCSI_2008_Hospital%20Purchasing.pdf (consultado a 17 Fevereiro 2011)

Verificamos assim que, para cada linha de produção, se estabeleceu uma fórmula de cálculo de pagamento, variando esta de acordo com a linha de produção a ser paga. Assim, enquanto o **internamento** é pago multiplicando o nº doentes equivalentes pelo índice de case-mix e pelo preço base do grupo no qual o hospital está inserido (estes conceitos serão clarificados mais abaixo nesta revisão bibliográfica), também a cirurgia de **ambulatório** é paga multiplicando o nº doentes equivalentes pelo índice de *case-mix* do ambulatório pelo preço base do grupo.

No que concerne à produção hospitalar a parcela mais significativa corresponde ao **internamento**, pelo que este tem um peso preponderante no financiamento global da instituição.

O apuramento do valor a ser pago para o financiamento do internamento para cada hospital é feito tendo em conta o nº de doentes equivalentes (DE), o Índice de Case-Mix (ICM) por tipo de GDH (médico e cirúrgico) e o preço base definido por grupo hospitalar.

O nº de doentes equivalentes corresponde “... aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de duração excepcional e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios “equivalentes” aos episódios típicos ou normais do respectivo GDH” (ACSS, 2011). O intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento é definido, para cada GDH, de acordo com os limiares de excepção, inferior e máximo, sendo que para episódio normal ou de evolução prolongado um doente saído corresponde a um doente equivalente, num episódio de curta duração aplicam-se as fórmulas de cálculo definidas pelo IGIF (em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Doentes_Equivalentes):

a) Episódio de curta duração em GDH com preço para ambulatório:

$$\text{Doente equivalente} = \text{Peso ambulatório} + \frac{(1 - \text{Peso ambulatório})}{Li + 1} \times Ti$$

b) Episódio de curta duração em GDH cirúrgicos sem preço para ambulatório:

$$\text{Doente equivalente} = \text{Peso 1º dia} + \frac{(1 - \text{Peso 1º dia})}{Li} \times (Ti - 1)$$

c) Episódio de curta duração em GDH médicos sem preço para ambulatório:

$$\text{Doente equivalente} = \frac{1}{Li + 1} \times Ti$$

Sendo que,

Li = Limiar inferior do GDHi

Ti = Tempo de internamento

Peso ambulatório = Preço de ambulatório/ Preço de internamento

Peso 1º dia = Preço do 1º dia para GDH cirúrgicos/ Preço de internamento

Já o ICM, “ coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face a outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos” (ACSS, 2010),

obtém-se calculando o rácio entre o nº de doentes equivalente, ponderados pelos pesos relativos⁴ dos respectivos GDH e o nº total de doentes equivalentes:

$$ICM\ Hospital = \frac{\sum(doentes\ equivalentes\ GDHi \times peso\ relativo\ GDHi)}{\sum(doentes\ equivalentes\ GDHi)}$$

O ICM nacional é, por definição, igual a 1, sendo que cada hospital pode afastar-se deste valor de referência conforme trate uma proporção maior ou menor de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional (ACSS, 2010).

O ICM é calculado pela ACSS com base nos dados dos episódios de internamento recolhidos em cada hospital e publicado anualmente (ACSS, 2010).

Por permitir caracterizar o perfil de produção da instituição em termos dos custos dos seus doentes tratados o ICM é um elemento importante de comparação entre hospitais, permitindo “corrigir” situações em que, por exemplo, os custos médios por doente sejam demasiado elevados pelo facto da casuística da instituição incluir elevado nº de patologias dispendiosas. Permite, por isso, responder com dados concretos a questões como “os meus doentes são mais doentes ...” ou “os meus doentes são mais dispendiosos ...”

Relativamente à definição do preço base por grupo hospitalar, esta é feita tendo por base os custos totais unitários por doente equivalente, tendo sido considerado como valor de referência para o grupo o custo médio dos 30% dos hospitais mais eficientes de cada grupo. Tal permite que hospitais com características de produção semelhantes recebam o mesmo preço base pela sua produção que os 30% mais eficientes do seu grupo (ACSS, 2010).

Uma vez determinado o nº de doentes equivalentes de cada hospital, o Índice de case-mix e o preço base do grupo ao qual pertence o hospital a ser financiado é possível, mediante a fórmula descrita abaixo, determinar o montante associado ao internamento (Mateus 2010),

$$\begin{aligned} &Orçamento\ internamento\ Hi \\ &= ICM \times Doentes\ equivalentes \times Preço\ Base\ Grupo \end{aligned}$$

Para a determinação do montante a ser atribuído pela cirurgia de ambulatório procede-se de forma análoga.

⁴O *Peso relativo de um GDH* - coeficiente de ponderação que reflecte o custo esperado de tratar um doente típico dum GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico nacional, a que corresponde um coeficiente de ponderação de 1.0. Quanto maior é o peso relativo de um GDH mais significativo é o consumo de recursos que lhe está associado. Assim, se um GDH tiver um peso relativo de 1,5 é esperado que o consumo médio de recursos (e o custo) do doente pertencente a esse GDH seja uma vez e meia superior ao consumo do doente médio. (Bentes *et al.*, 1996)

Abordada que foi a componente da produção hospitalar, visto ser preponderante para o financiamento hospitalar, importa referir que o contrato programa estabelece ainda outras componentes das quais o mesmo vai depender, a saber uma componente referente aos programas verticais (áreas específicas), uma componente referente aos incentivos, uma componente concernente à produção marginal e ainda o denominado valor de convergência.

No que concerne a vertente dos programas verticais esta diz respeito a um financiamento particular (adicional) relacionado com linhas de produção específicas consideradas prioritárias no âmbito da aplicação do Plano Nacional de Saúde (ex: tratamento de doentes com HIV).

A componente relativa aos incentivos corresponde a uma percentagem do valor financeiro de cada contrato programa, estabelecida anualmente, sendo que o valor a atribuir estará dependente do cumprimento das metas negociadas com os departamentos de contratualização das ARS, tendo em vista o cumprimento dos objectivos definidos (ACSS, 2011).

A componente da produção marginal estabelece o pagamento a ser atribuído, por linha de produção, sempre que a produção fique acima ou abaixo do valor inicialmente contratado.

O valor de convergência a ser atribuído aos hospitais diz respeito à diferença entre os custos operacionais apurados e o total de proveitos operacionais resultantes da soma do valor da produção, corresponde, portanto, à diferença entre o valor da produção proposta pelos hospitais e o orçamento financeiro já conhecido (ACSS, 2010). Este valor representa o deficit operacional do hospital pelo que a sua atribuição deve ser transitória e tendencialmente decrescente. O valor de convergência a ser atribuído a cada hospital está dependente de um pedido do conselho de administração do hospital, à respectiva ARS, acompanhado de um plano de ajustamento onde são descritas as medidas a ser implementadas para a redução de custos operacionais. O plano de ajustamento é negociado individualmente com a ARS que propõe posteriormente a sua aprovação à ACSS, ficando a atribuição da verba de convergência dependente do cumprimento das metas estabelecidas entre as partes.

4.2 - PAGAMENTO PROSPECTIVO POR EPISÓDIO – DOENTES DOS SUBSISTEMAS

Conforme referido acima sempre que os cuidados a serem pagos dizem respeito a doentes beneficiários de subsistemas de saúde⁵, entidades seguradoras e restantes terceiros pagadores, utiliza-se o pagamento prospectivo por episódio de internamento, recorrendo-se para tal às Tabelas Nacionais de GDH (também denominadas portarias dos GDH), fixadas por portaria ministerial, que estabelecem o preço a ser pago por cada episódio de internamento e que devam ser cobradas aos subsistemas de saúde cujos beneficiários a ele recorram, bem como a quaisquer entidades, públicas ou privadas, responsáveis pelos respectivos encargos (Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro). Assim sendo, sempre que a entidade financeira responsável seja um terceiro pagador, é pago por cada episódio de internamento, codificado no agrupador de GDH, o preço previamente estabelecido em portaria.

O cálculo do preço do GDH a ser pago é feito tendo em conta o custo base de cada GDH.

O custo base original de cada GDH é calculado tendo em conta o peso relativo do mesmo (ver nota de rodapé nº4) já que resulta da multiplicação deste pelo custo base original de cada GDH. O custo base nacional de cada GDH, por sua vez, resulta do quociente entre o total dos custos de cada ano e o nº total de episódios de internamento, pelo que traduz o custo médio do doente típico para o ano em questão (Mateus, 2010, Bentes *et. al.* 1996). Da alteração do custo base original em preço base nacional, levada a cabo pela tutela, resulta o preço do GDH, pelo qual o hospital será posteriormente ressarcido.

Assim sendo:

$$\text{Preço do GDH} = \text{Peso relativo GDH} \times \text{Preço base nacional}$$

A portaria acima referida estabelece ainda a metodologia de pagamento dos considerados episódios excepcionais de internamento, ou seja aqueles cujo tempo de internamento fica muito além (limiar máximo) ou muito aquém (limiar mínimo) da média do GDH em questão.

Assim sendo, sempre que os episódios são considerados de evolução prolongada (ou seja, com tempo de internamento igual ou superior ao limiar máximo definido para o GDH em questão) a

⁵Os subsistemas de saúde surgiram em Portugal, antes da revolução de 1974, com o objectivo de colmatar os limitados níveis de cuidados proporcionados pelo Estado Português, tendo, surpreendentemente, persistido até hoje. Os subsistemas de saúde, definidos pela ACSS (2010) como “*entidades públicas ou privadas ... responsáveis pelos encargos resultantes dos serviços prestados aos utentes nos estabelecimentos de saúde (instituições e serviços) integrados no SNS continuam a “cobrir” uma fracção considerável da população que beneficia de mecanismos de protecção em situação de cuidados médicos para além do SNS* (Simões, Barros e Pereira, 2008).

portaria estabelece que seja facturado aos terceiros pagadores o preço do GDH em questão acrescido de um valor de diária por cada dia de internamento acima do limiar máximo.

Quando os episódios são considerados de curta duração (ou seja, com tempo de internamento menor ou igual ao limiar inferior para o GDH em questão) aplicam-se as seguintes condições (para mais detalhes, ver Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, artigo 6º):- Para episódios de curta duração, classificados em GDH médicos, sem preço para ambulatório, a facturação deve ser feita por dia de internamento.

- Para os episódios de curta duração, classificado em GDH médicos, com preço para ambulatório, a facturação deve ser feita por dia de internamento, acrescida do preço de ambulatório.

- Para os episódios de curta duração, classificados em GDH cirúrgicos, sem preço para ambulatório, deverão ser facturados os dias de internamento.

A facturação dos cuidados prestados aos beneficiários dos subsistemas e entidades seguradoras deve efectuar-se após a prestação dos cuidados.

Abordada que foi a metodologia de financiamento dos hospitais públicos portugueses verifica-se que, tanto o pagamento prospectivo por episódio que abrange os beneficiários dos subsistemas de saúde e entidades seguradoras, como a metodologia de contrato programa, que contempla os beneficiários do SNS possuem uma forte componente baseada em GDH pelo que inerente a estas duas modalidades de financiamento, estão diferentes riscos e incentivos bem como vantagens e desvantagens no que concerne a eficácia, eficiência, qualidade e equidade.

Atendendo aos objectivos do trabalho serão abaixo descritas as principais limitações apontadas ao financiamento prospectivo por GDH para financiamento do internamento hospitalar, nomeadamente no que respeita a equidade ao acesso de cuidados de saúde hospitalares, pelo que serão referidos alguns estudos e suas inferências relativamente a esta temática, já que se pretende quando da aplicação da metodologia averiguar a existência de incentivos à selecção de doentes inerente à actual metodologia de financiamento hospitalar.

5. LIMITAÇÕES INERENTES AOS GDH ENQUANTO SISTEMA DE FINANCIAMENTO HOSPITALAR

Conforme salientado anteriormente nesta revisão bibliográfica, em Portugal a informação disponibilizada pela operacionalização dos GDH permitiu a criação do actual modelo de financiamento e tornou possível, entre outras, a avaliação de desempenho dos hospitais públicos de forma regular. Tal permitiu, não só, obter informação acerca da prática dos hospitais a nível nacional como também detectar desvios dos hospitais face aos padrões observados a nível nacional, nomeadamente no que diz respeito ao tipo de cuidados prestados, qualidade e efectividade, o que possibilita a prática de *benchmarking* e abre espaço à melhoria no custo efectividade das instituições.

Contudo são várias as críticas apontadas a este modelo de financiamento, algumas das quais foram citadas quando da apresentação das desvantagens inerentes ao financiamento de natureza prospectiva e ao pagamento por episódio (Ellis e McGuire, 1986; Epstein *et al.*, 1988; Newhouse, 1989; Horn *et al.*, 1991; Ellis, 1998; Barros e Gomes, 2002), a saber:

- Incentivo à sob prestação de cuidados, mediante um mesmo pagamento, a doentes de elevada severidade;
- Redução na qualidade de atendimento, tendo em vista a contenção da despesa;
- Incentivo à selecção e/ou exclusão dos pacientes mais doentes (com maior severidade associada) e/ou de estratos socioeconómicos inferiores, menos rentáveis;
- Incentivo à admissão e sobre prestação de cuidados a doentes considerados mais rentáveis, isto é cujo financiamento é superior aos custos associados.
- Desincentivo à admissão de doentes que acarretem maiores consumos de recursos, visto estes aumentarem o preço de produção;

Das desvantagens apresentadas aquela que será objecto de estudo neste trabalho será a questão do incentivo à selecção de doentes inerente à variabilidade intra GDH e à capacidade de identificação de doentes “mais rentáveis” – isto é, com menores custos de produção associados mediante um mesmo financiamento -, o que pode resultar em iniquidade no acesso, para os doentes, e desigualdades no financiamento, para as instituições.

Perelman, Shumueli e Closon (2008) referem que se existe, por parte de um hospital, a capacidade para identificar subgrupos de doentes com diferentes custos dentro de um mesmo grupo, então é provável que o hospital seleccione os mais rentáveis, ou seja os subgrupos de doentes com custos abaixo do esperado.

Um dos pressupostos básicos do financiamento prospectivo por GDH é que os custos dentro de um determinado GDH são homogéneos e que, por isso, uma fórmula de pagamento baseada em custos médios providencia uma taxa de financiamento equitativa (Averill *et al.*, 1992)

Contudo Horn *et al.* (1991) e Ament *et al.* (1982), citados por Averill *et al.* (1992) referem que tanto pesquisadores quanto hospitais têm vindo a verificar que a informação recolhida de muito GDH demonstra uma heterogeneidade considerável no consumo de recursos, sendo uma das razões frequentemente apontadas para esta variabilidade intra GDH o facto de este sistema de classificação não ter em conta a severidade de doença dos pacientes.

Das várias críticas dirigidas à utilização da informação gerada pelos GDH, enquanto instrumento para o financiamento hospitalar, uma das mais contundentes refere-se precisamente à desadequação dos GDH para medir a severidade do estado dos doentes e detectar diferenças na severidade dos casos tratados dentro de um mesmo GDH, o que pode alterar significativamente os custos (Noronha *et al.*, 1991; Costa, 1994) e ter consequências ao nível do financiamento e sustentabilidade da instituição.

A não incorporação da severidade da doença pode levar à penalização de hospitais que tratem doentes mais graves, e ainda, proporcionar um incentivo perverso aos hospitais no sentido de rejeitarem ou seleccionarem esses doentes. (Gonnella, Hornbrook e Louis, 1984; Noronha *et al.*, 1991). Horn *et al.* (1991), referem mesmo que a falta de ajustamento pela severidade pode prejudicar os hospitais que tratam doente mais severos na medida em que estes podem por vezes aparentar custos mais elevados, baixa produtividade e falta de qualidade.

Existem estudos que indicam que alguns hospitais tratam desproporcionalmente de doentes com maior severidade, enquanto outros tratam desproporcionalmente de doentes com menores níveis de severidade (Ament *et al.*, 1982, Horn 1983, Horn *et al.* 1986, citados por Averil *et al.*, 1992), pelo que uma fórmula de pagamento pelo custo médio de um GDH pode resultar num financiamento inapropriado para algumas instituições o que pode ter como consequência o desincentivo à admissão de doentes que acarretam maiores consumos de recursos, visto estes aumentarem o preço de produção Newhouse (1996).

Eisenberg e Jones (1984), citados por Cabral (2004), referem que as características de heterogeneidade clínica dos GDH podem levar à admissão de casos menos severos, já que os hospitais são financiados pela complexidade do seu case mix, mas não pela severidade do mesmo (Cabral, 2004).

Levaggi (2002b), por sua vez, refere que a maior evidência de “cream-skimming”⁶ se verifica na variação dos custos de tratamento dentro do mesmo GDH.

Schiff, Ansell, and Schlosser (1986) e Himmelstein et al. (1984), citados por Newhouse (1989), afirmam que os doentes mais severos podem efectivamente ter problemas de acessibilidade na medida em que, a curto prazo, qualquer hospital pode melhorar os seus resultados financeiros, ao privilegiar a admissão de doentes menos severos.

Assim sendo, se determinado hospital tiver uma proporção mais elevada de doentes graves, dentro de um mesmo GDH, que outro hospital, com as mesmas características de produção, mas que atende doentes com menor severidade, a um mesmo financiamento corresponderá uma penalização para o hospital que atende os doentes mais severos, dentro de um mesmo GDH. Se tivermos em consideração que a um case mix mais severo corresponde uma maior utilização de recursos poderá existir um incentivo perverso para seleccionar os casos menos severos dentro de determinado GDH. Esta é de resto a questão central em estudo neste projecto de investigação.

Efectivamente Rosko e Carpenter (1994) salientam que a heterogeneidade no consumo de recursos intra GDH representa um viés importante do sistema de financiamento prospectivo visto não ajustar o pagamento às diferenças de severidade da doença. Assim sendo, enquanto hospitais que tratam de doentes mais severamente doentes podem sofrer perdas financeiras, hospitais que atendam doentes menos doentes podem obter lucros inesperados.

Muito embora se possa colocar em causa a pertinência desta questão num país em que os hospitais não apresentam fins lucrativos, convém salientar que “... o incentivo ao “lucro” existe sempre, ainda que o hospital não tenha fins lucrativos ...” (Barros, 2009). O autor acrescenta, “... embora os hospitais Portugueses, predominantemente públicos, não tenham fins lucrativos, o hospital pode sempre obter lucro na medida em que sempre que existe algum excedente monetário “livre” o mesmo pode ser afecto a usos alternativos dos quais advenham mais-valias”, (tais como reconhecimento público), para a instituição ...”.

No que concerne a questão da variabilidade no consumo de recursos intra GDH, é de referir que nem só as características dos doentes contribuem para a mesma, sendo que também factores relacionados com a variação da prática profissional e mesmo características inerentes à instituição concorrem para a variabilidade nos custos de produção de um mesmo “produto” conforme veremos a seguir.

8 Por Cream Skimming entende-se “selection by providers (or entities responsible for health care provision) of those consumers expected to be profitable”. P.P. Barros / Journal of Health Economics 22 (2003). 420

6. FACTORES QUE INFLUENCIAM A VARIAÇÃO NO CONSUMO DE RECURSOS DENTRO DE UM GDH

De acordo com Bentes et al (1997) a variabilidade é inerente a qualquer processo de produção complexo, pelo que também ocorre na prestação de cuidados. Importa contudo distinguir as causas de variabilidade bem como as suas consequências.

Barbosa (2005) sugere que existem variáveis que são indicadoras de utilização de recursos – demora média/ duração de tratamento e custo por doente –, enquanto outras podem influenciar a utilização de recursos. Das variáveis sugeridas como influenciadoras do consumo de recursos a autora refere: características dos doentes (idade, género, gravidade da doença principal, gravidade total do doente, co-morbilidades, factores socioeconómicos e educação), características inerentes aos profissionais (variação na prática clínica), características das instituições prestadoras (dimensão do hospital, estatuto de hospital universitário, etc.), características do sistema de saúde, entre outras. McMahon e Newbold (1986) acrescentam a estas condicionantes os problemas relacionados com a especificidade clínica do sistema de codificação ICD-9-CM e possíveis erros na gravação de dados clínicos.

As características (variáveis) apontadas por Barbosa (2005) como influenciadoras do consumo de recurso intra-hospitalar são, de resto, objecto de estudo para vários investigadores, tais como, Lynk (2001), Epstein *et al.* (1988), Macmahon e Newbold (1986), Averill *et al.* (1992), Lee e Codde (2000), Cots *et al.* (2003), Hindle, Degeling e Van der Wel (1998), que procuram nos seus estudos a resposta para a variação de custos dentro de um mesmo GDH.

Assim sendo, exploram-se abaixo as razões pelas quais algumas destas variáveis podem concorrer para a variabilidade no consumo de recursos, dentro do mesmo GDH, que pode potenciar iniquidade no financiamento das instituições. Optou-se por abordar aquelas mais pertinentes ao estudo em questão.

6.1 – FACTORES INERENTES AOS DOENTES

Lynk (2001) após a realização de um estudo que pretendia avaliar o impacte que as características dos doentes, e também as características inerentes aos hospitais, têm na variabilidade dos custos concluiu que as características/ a condição dos doentes é explicativa de 80% da variação nos custos por admissão.

6.1.1 - GÉNERO

No que concerne o género, as diferenças no consumo de recursos podem explicar-se pela diferença na utilização dos serviços de saúde (exames complementares de diagnóstico, consultas de médicos de clínica geral, especialistas, tratamentos e etc.) existente entre sexos

(Fernandes, Mateus e Perelman, 2009), na predisposição para contrair certas doenças e no risco de morte face às mesmas (Iezzoni, 1997).

Efectivamente Fernandes *et al.* (2009) referem que, em média, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, podendo tal dever-se a maiores necessidades, relacionadas com as diferenças biológicas, ou a atitude que as mulheres têm face à saúde. O maior recurso a cuidados de saúde por parte das mulheres pode ainda dever-se, segundo estes autores, a condições sócio económicas adversas, nomeadamente à pobreza.

Tal é reiterado por Bertakis *et al.* (2000) que, num estudo que pretendia avaliar as diferenças na utilização dos serviços de saúde por género, concluíram que não só as mulheres utilizavam mais os cuidados de saúde primários, secundários, clínicas de realização de exames complementares de diagnóstico e urgências, como apresentavam uma despesa média com cuidados de saúde significativamente superior à dos homens, verificando-se a excepção apenas para o internamento hospitalar para o qual não se verificavam diferenças nem no nº de internamento nem na despesa média.

Já Philbin e DiSalvo (1998) após a realização de um estudo que pretendia avaliar o impacto do género e da raça na variação do consumo de recursos hospitalares, dos cuidados prestados e dos resultados alcançados, para doentes com insuficiência cardíaca congestiva, concluíram que a variável sexo era determinante na variação do tempo de internamento, sendo que as mulheres tinham internamentos mais prolongados, acarretavam maiores custos e apresentavam taxas de mortalidade superiores às dos homens.

6.1.2 - IDADE

Relativamente à idade parece ser unânime a ideia de que os custos aumentam com a idade, pelo que tratar doentes mais idosos acarreta maiores custos do que tratar doentes mais jovens. Iezzoni (1997) associa este aumento de custos a um maior nº de complicações, que resulta num aumento do tempo de internamento e consequentemente num acréscimo no consumo de recursos.

Rosenthal e Landefeld (1993) num estudo que pretendia avaliar o impacto da idade dos doentes nos custos por admissão concluíram que os doentes mais idosos estão associados custos mais elevados, sendo que, grande parte do aumento dos custos se deve a um aumento da severidade e do tempo de internamento e não à idade “*per si*”.

Atendendo a estes pressupostos, é expectável que hospitais que prestam cuidados a populações mais idosos incorram em maiores custos do que hospitais que servem populações

mais jovens. Lynk (2001) salienta, contudo, que isto vai depender do incentivo que os prestadores de cuidados tenham à restauração da saúde. Segundo o autor também pode acontecer que “... *the older the patient, the lower the price...*” isto porque o prestador pode optar por utilizar mais recursos em doentes relativamente mais jovens, cujos ganhos em saúde são mais prováveis. Sempre que o prestador de cuidados pretender o mesmo nível de restauração da saúde para todos os doentes irá assim gastar mais nos mais idosos, visto a restauração da sua saúde requerer mais recursos.

6.1.3 - COMORBILIDADES

O portal da codificação clínica dos GDH define co-morbilidade como “a presença de uma condição, afectando um doente na altura do seu internamento num hospital para tratamento de um determinado problema ou doença, e que torna o seu manuseamento mais difícil, complexo ou demorado”;

Iezzoni (1997), citada por Barbosa (2005), por sua vez, defende que co-morbilidades são doenças que, não estando relacionadas com o diagnóstico principal, que levou ao internamento, concorrem para um aumento no consumo de recursos, seja através do aumento do tempo de internamento quer seja através do aumento da utilização de meios técnicos.

De acordo com Lynk (2001) os custos com um doente são mais elevados quanto mais longo for o tempo de internamento, se incluir uma passagem pelos Cuidados Intensivos, e virtualmente mais dispendioso quantas mais cirurgias o doente for submetido e quantas mais as co-morbilidades com que for admitido.

Verifica-se assim que, em qualquer uma das definições dadas, está implícito que as co-morbilidades aumentam o consumo de recursos, seja mediante o consumo de meios técnicos ou por aumento no nº de dias internamento.

6.1.4 - SEVERIDADE

Conforme referido anteriormente uma das principais críticas tecidas ao financiamento prospectivo com base nos GDH tem sido o facto de este sistema de classificação de doentes não ter em conta a severidade da doença. Horn et al (1991) referem que como consequência dessa omissão, os hospitais que tratam maior proporção de doentes mais severos podem por vezes apresentar custos mais elevados e/ou pior qualidade. Vários investigadores têm, inclusive, sugerido que se proceda a um ajustamento da severidade dos doentes antes de se inferir acerca da informação disponibilizada pelos diferentes hospitais.

Averill *et al.* (1992), num estudo que pretendia determinar se o consumo de recursos variava significativamente dentro de um determinado GDH, dependendo da severidade dos doentes, e se o financiamento total do hospital seria significativamente afectado por um ajustamento pela severidade aos GDH, nos Hospitais de New Jersey, concluíram que em 76 GDH de elevado volume de produção os custos eram significativamente afectados pelo nível de severidade dos doentes, podendo o impacte no financiamento hospitalar, sob o sistema de pagamento Medicare⁷, atingir os 1.363.289 dólares por hospital.

Macmahon e Newbold (1986), por sua vez, num estudo que tinha como objectivo avaliar a capacidade explicativa da severidade da doença, conforme descrita pelo Disease Staging⁸, e a variação na prática clínica para explicar a variabilidade na demora de internamento intra GDH (visto considerarem o tempo de internamento como *proxy* do consumo de recursos) demonstraram que a variação na prática clínica é responsável por uma maior variação no consumo de recursos intra-GDH do que a severidade da doença.

Os autores defendem que, embora se tenha assumido implicitamente que doentes mais severos consomem mais recursos tal pode não se verificar, podendo mesmo ocorrer o oposto e, doentes mais severos, utilizarem menos recursos visto estarem dispensados de alguns métodos complementares de diagnóstico e intervenções terapêuticas dispendiosos, em virtude de o custo benefício não serem os esperados. Os resultados obtidos vêm assim questionar que parte significativa da variabilidade no consumo de recursos seja devida à severidade da doença, conforme defendido pelos autores supra citados.

Horn *et al* (1991) referem que a não inclusão de medidas de severidade na avaliação da mortalidade e demora média observada nos diferentes hospitais pode levar a conclusões

9 O programa Medicare é um sistema de seguro de saúde gerido pelo governo dos EUA que se destina a pessoas maiores de 65 anos. Podem beneficiar deste sistema pessoas que residam permanentemente nos EUA, tenham mais de 65 anos e tenham contribuído para este sistema durante, no mínimo, dez anos ou sejam portadores de deficiência ou doença renal crónica. Obtido em <http://www.hammond.lib.in.us/PDF/Medicare/MedicareataGlanceSpanish11082-S.pdf>

10 O Disease Staging é um sistema de classificação de doentes que recorre a achados diagnósticos para proceder ao agrupamento de doentes que requerem tratamentos semelhantes e apresentam resultados análogos. Ao proporcionar o agrupamento de doentes clinicamente homogêneos permite, entre outras, a avaliação da qualidade dos cuidados prestados, analisar resultados clínicos, avaliar o consumo de recursos e estimar a eficácia de tratamentos alternativos. Os critérios do Disease Staging definem níveis de severidade fisiológica para doenças específicas, sendo a severidade definida como o risco de falência multiorgânica ou morte. A classificação é feita em quatro estádios, tendo em conta a severidade das manifestações fisiopatológicas da doença. Assim estágio 1 corresponde a doença sem complicações, o estágio 2 a doença com complicação local, estágio 3 doença envolve múltiplos órgãos ou apresenta complicações sistémicas, estágio 4 morte. Obtido no Guia de Referência do Disease Staging versão 5.21 em <http://www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nis/DiseaseStagingV5.2ReferenceGuide.pdf>. Conforme referido por Costa, Santana e Boto (2008), citando Louis *et al.* (1996), com a utilização do Disease Staging, as variações de utilização de recursos provocadas pelas diferenças entre os doentes podem ser controladas, o que permite aos analistas concentrarem-se nas variações provocadas pelas práticas institucionais e individuais.

erradas com repercussão na procura de cuidados junto, pelo que os hospitais deverão considerar a colheita de informação concernente à severidade dos doentes que trata.

A autora refere que não obstante os incentivos à eficiência e à qualidade gerados pelo sistema de financiamento prospectivo do GDH serem importantes, não podem ser decisivos se os pagamentos estiverem em total desconformidade com os custos, algo que pode ser particularmente problemático no caso dos doentes mais severos. Se os hospitais não forem correctamente financiados pelos cuidados prestados a doentes mais severos e se da sua casuística fizer parte um nº elevado destes doentes, esses hospitais podem desenvolver estratégias para evitar prestar cuidados a estes doentes sendo, por isso, imprescindível adoptar um sistema de classificação de doentes que seja exacto na classificação dos mesmos e tenha em conta a sua severidade.

6.1.5 – FACTORES SÓCIO ECONÓMICOS E EDUCAÇÃO

No que concerne o impacte dos factores sócio económicos, Epstein *et al.* (1988) concluíram, após a realização de um estudo que ambicionava determinar se o tempo de internamento dentro de um determinado GDH era superior para doentes mais carenciados, que efectivamente a demora de internamento era significativamente superior para doentes de estratos socioeconómicos mais baixos, quer o status fosse determinado pela ocupação, educação, rendimento ou os três simultaneamente.

Também Perelman, Shmueli e Closon (2008), num estudo que abrangeu 61 hospitais Belgas, constataram que o estatuto socioeconómico dos doentes tem um impacte significativo no tempo de internamento, sendo que doentes em categorias mais elevadas de rendimento, trabalhadores por conta própria e doentes com estatuto de trabalhador contribuem para melhores resultados financeiros. Doentes em situação não activa, de baixos rendimentos e beneficiários de subsídios, por sua vez, representavam perdas financeiras para os hospitais. Os autores verificaram ainda que ajustando o financiamento pelo risco, neste caso pelo case mix socioeconómico, os hospitais que anteriormente apresentavam perdas financeiras passam a apresentar resultados financeiros positivos, sendo que o contrário também se verificava, ou seja, os hospitais com resultados financeiros positivos apresentavam agora resultados negativos.

6.1.6 – TIPO DE ADMISSÃO

Também o tipo de admissão, programada, urgente ou por transferência pode, segundo Lynk (2001), ter influência no consumo de recursos. Segundo o autor o tipo de admissão tem, geralmente, um impacto significativo no preço estando, contudo, o impacto dependente do GDH ao qual o doente pertence. O impacto do tipo de admissão no preço varia ainda de acordo com as condições médicas dos doentes.

Um estudo realizado por Melnick *et al.* (1992), citado por Lynk (2001), que pretendia avaliar o impacto do tipo de admissão nos custos intra GDH, concluiu que as admissões programadas, quando comparadas com as urgentes ou através da urgência tinham, por norma, menores custos associados, sendo que as variações nos custos apresentavam grandes variações tanto na magnitude como na direcção ao longo dos diferentes GDH.

6.2 – FACTORES RELACIONADOS COM AS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS

6.2.1 - ESTRUTURA

A existência de características muito diferentes entre os hospitais, designadamente em relação a aspectos estruturais (arquitectura, idade, disposição das instalações) e aspectos relacionados com a prestação de cuidados (valências existentes e incidência de patologias) provoca grandes variações nos custos do tratamento dos doentes. (Bentes *et al.*, 1996)

Segundo Lynk (2001) os custos por doente variam de hospital para hospital contribuindo para tal as diferenças na dimensão, tipo de hospital (universitário ou não) e despesas com os trabalhadores, que existem entre os mesmos. Num estudo que pretendia responder às questões “Será que determinado tipo de hospital tende a atrair doentes mais graves (aos quais estão associados custos mais elevados) dentro de cada GDH” e “Existe uma tendência para doentes mais agudos serem desproporcionalmente atendidos em determinado tipo de hospital?”, o autor concluiu que : - hospitais de maiores dimensões tendem a atrair casos mais difíceis; - hospitais que atendem GDH mais complexos tendem também a atrair os doentes mais dispendiosos dentro de cada GDH; - Hospitais de elevado nível tecnológico são sistematicamente sob financiados quando pagos mediante SPP; - Hospitais considerados de referência estão associados com doentes mais dispendiosos, - Existe uma associação significativa entre hospitais universitários e doentes mais dispendiosos.

Cots *et all.* (2003) num estudo semelhante, que pretendia analisar a relação existente entre a estrutura do hospital (dimensão do hospital, tipo de hospital – universitário ou não - e localização) concluíram que a estrutura do hospital influencia a existência de demoras de

internamento superiores à média mesmo quando controladas as características inerentes aos doentes, sendo que demoras de internamento superiores se devem às características das instituições e não dos doentes.

6.2.2 - LOCALIZAÇÃO

No que concerne a localização dos hospitais, também a diferença na demora de internamento entre os hospitais rurais e metropolitanos tem estado sob escrutínio. Lee e Codde (2000) num estudo que pretendeu analisar a diferença no tempo de internamento, dentro do mesmo GDH, entre hospitais rurais (que atendem uma elevada proporção de aborígenes australianos) e metropolitanos concluíram que existe uma diferença no tipo de doentes atendidos nos diferentes hospitais, sendo que os doentes dos hospitais rurais têm um risco mais elevado de uma hospitalização prolongada e pior probabilidade de saírem com alta dos que o dos hospitais metropolitanos. Hospitais metropolitanos tendem ainda a “atrair” doentes mais complicados, com mais co-morbilidades associadas, o que faz aumentar a demora de internamento total (segundo os autores tal deve-se a um aumento da severidade e à necessidade de realizar múltiplos procedimentos). Tendo em conta estes resultados os autores sugerem o desenvolvimento de um financiamento ajustado pela localização dos hospitais, conforme estes se localizassem em áreas rurais ou urbanas.

6.3 – FACTORES RELACIONADOS COM OS PROFISSIONAIS

Um dos factores apontado como determinante na variação do consumo de recursos intra GDH é a variação na prática clínica, seja ela decorrente das diferenças na formação académica, do grau de experiência profissional, da especialidade médica ou de características pessoais - idade, valores, preferências por determinados tipos de tratamento/procedimentos em detrimento de outros –(Eisenberg, 1986, citado por Feinglass *et al.*, 1991)

Já o estudo atrás referido, realizado por Macmahon e Newbold (1986), concluiu que 17.5% da variação no tempo de internamento intra GDH, de um hospital universitário e 29.4% da variação na demora de internamento de outros três hospitais não universitários é explicada pela variação na prática clínica, pelo que concluíram que a variação na prática clínica é responsável por uma maior variação no consumo de recursos do que a própria severidade de doença.

Também Feinglass, Martin e Sen (1990) num estudo que pretendia medir o impacto da variação da prática médica na variação do consumo de recursos, representados no estudo em questão pelas variáveis taxa de internamento e demora de internamento, num hospital

universitário, controlando para tal variáveis como o estado saúde dos dentes, grupo de diagnóstico e a severidade, concluiriam que a prática médica era preditiva de variações nas taxas de internamento hospitalar e no tempo de internamento. Os autores concluíram que a variação na prática clínica é responsável por sérias implicações financeiras, especialmente para hospitais sob financiamento prospectivo.

Atendendo a que, em Portugal o financiamento hospitalar consiste no pagamento de um montante fixo pelos cuidados prestados a doentes semelhantes inseridos no mesmo GDH, partindo do pressuposto de que os recursos exigidos para estes doentes é semelhante, parece óbvio que, se for possível a identificação de doentes, dentro de um mesmo GDH cujas características permitam que o preço pago pelo seu tratamento fique além do custo incorrido, será possível a obtenção de mais-valias para o hospital o que concorre, conforme veremos no capítulo abaixo, contra os valores intrínsecos ao sistema de saúde português, nomeadamente o princípio da equidade no acesso.

7. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DE EQUIDADE

As modalidades de financiamento hospitalar adoptadas estão sempre relacionadas com o sistema de saúde em que se inserem pelo que devem procurar servir os propósitos do mesmo no que respeita a equidade, a eficiência e a qualidade (Bentes et al, 1996).

De acordo com Gonçalves Ferreira (1988), citado por Almeida (1999) um sistema de saúde consiste no “... conjunto de diversos tipos de recursos que o Estados, a sociedade, as comunidades, ou simples grupos da população reúnem para organizar a protecção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde ...”, é por isso um sistema complexo onde diferentes interesses de distintos actores nem sempre coincidem.

O sistema de saúde português, conforme o conhecemos, tem a sua origem na revolução de Abril de 1974, altura em que se consagra pela primeira vez, na constituição da república portuguesa, o direito à protecção da saúde, e a concretização do mesmo pelo estado, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde.

Até então a saúde em Portugal era constituída por várias vias sobrepostas (OPSS, 2001):

- As misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social responsáveis pela gestão de grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde;
- Os serviços médico sociais que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da caixa de previdência;
- Serviços de Saúde Pública, responsáveis pela protecção da saúde (vacinação saúde materna e infantil, etc.)
- Hospitais estatais, gerais e especializados (localizados nos grandes centros urbanos)
- Serviços Privados utilizados pelos estratos sócio económicos mais elevados.

A criação do SNS, em 1979, consiste, por isso, no ponto de viragem do sistema de saúde português que, de acordo com Nogueira da Rocha (1993), citado por Almeida (1999), é composto desde então por três segmentos individualizados e articulados entre si, que resultam da evolução do sistema de saúde nos últimos 30 anos.

Assim, de acordo com a Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, - Lei de Bases da Saúde -, Base XII, nº1 -, no que concerne à estrutura, o Sistema de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e pelas entidades privadas e profissionais livres que acordem

com o SNS a prestação de algumas das actividades. O SNS abrange assim todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde.

A Lei 48/90 estabelece ainda que a Rede Nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS, nomeadamente hospitais públicos, centros de saúde, ACES, USF's, bem como os estabelecimentos privados, unidades de saúde privadas, e profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos.

No que diz respeito ao Serviço Nacional Saúde as suas principais características - definidas nesta na Lei de Bases da Saúde, Lei nº48/90 de 24 de Agosto, nas bases I, II e XXIV - são a **Universalidade** quanto à população abrangida, a prestação ou garantia de **prestação** integrada de **cuidados globais**, tendencial **gratuidade**, tendo em conta as condições económicas e sociais, **equidade** no acesso com vista a mitigar os efeitos provocados pelas desigualdades económicas, geográficas e outras, organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Estas características vão ao encontro do estabelecido pelo artigo 64º da Constituição que determina que cabe ao Estado “assegurar o direito à protecção da saúde”, sendo que para o fazer deve “garantir o acesso de todos os cidadãos”, assegurando uma cobertura nacional de modo racional e eficiente, “a cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação”. O mesmo artigo 64º estipula que o Estado deve ainda orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos, bem como disciplinar, fiscalizar e controlar as formas empresariais e privadas de medicina (promovendo a sua articulação com o SNS), assumindo assim uma posição de regulação.

Segundo a Lei nº 48/90 são beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses, mas também os cidadãos nacionais de Estados Membros das Comunidades Europeias, bem como os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade e os cidadãos apátridas.

Os direitos e deveres dos utentes estão consagrados na Base XIV que estabelece que os utentes têm direito a escolher o serviço e agentes prestadores mediante os recursos existentes e as regras da organização, podem receber ou recusar a prestação de cuidados proposta, devem ser tratados com humanidade e prontidão, correcção técnica e privacidade, a confidencialidade dos seus dados deve ser garantida, devem ser informados sobre a sua situação e evolução do seu estado, receber assistência religiosa sempre que desejarem, reclamar, etc., estando em contrapartida obrigados a respeitar os direitos dos outros doentes,

observar as regras da organização, colaborar com profissionais, pagar encargos decorrentes da prestação de serviços quando for caso disso.

Relativamente ao financiamento, e de acordo com o estipulado na base XXXIII da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), o financiamento do SNS é feito através do Orçamento de Estado, sendo que, por alteração a lei referida, pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, os serviços do SNS podem cobrar receitas de acordo com as situações previstas na Lei e inscrever-las nos seus orçamentos próprios. A Base XXXIV da Lei 48/90 determina ainda que se podem cobrar taxas moderadoras (também elas receita do SNS) com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços do SNS.

Em Portugal a Lei de Bases da Saúde, Lei nº48/90 de 24 de Agosto, que estabelece as principais características do Serviço Nacional de Saúde, prevê um SNS universal, no que concerne os cuidados prestados, tendencialmente gratuito, pelo dever ter em conta as condições económicas e sociais dos utilizadores, e equitativo no acesso com vista a mitigar os efeitos provocados pelas desigualdades económicas, geográficas e outras.

As políticas de saúde adoptadas têm, por isso, como objectivo principal obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços (Lei de Bases da Saúde nº 48/90, de 24 Agosto, com alterações introduzidas pela lei nº 27/2002 de 8 de Novembro).

No que concerne ao acesso a cuidados diferenciados (hospitalares) estes objectivos só são passíveis de ser atingidos se não existirem incentivos à selecção de doentes mais rentáveis (isto é, com menores custos associados, tendo em conta o preço pago pelo produto final) e se as metodologias utilizadas para financiar os hospitais garantirem uma distribuição equitativa dos recursos, que não beneficie ou não penalize os prestadores em função das características da população que serve.

Torna-se, portanto, impreterível aperfeiçoar e desenvolver metodologias de financiamento que desincentivem, consecutivamente, as iniquidades no acesso a cuidados hospitalares, por meio da adopção de comportamentos compatíveis com selecção de doentes, e na distribuição de recursos.

8. EQUIDADE, ACESSIBILIDADE E SELECÇÃO

8.1 – EQUIDADE

O termo equidade é, nas palavras de Le Grand (1989) *“...um termo... capaz de um número quase infinito de interpretações, que dependem dos valores das pessoas que os utilizam”* existindo, contudo, interpretações do termo mais amplamente aceites do que outras, tais como, *“igual tratamento para igual necessidade”* ou *“igualdade de acesso”*.

Não obstante a ausência de consenso sobre o significado de equidade (Le Grand, 1989), este é um dos atributos mais importantes e almejado pelos sistemas de saúde modernos, (Pereira e Furtado, 2010), estando intrinsecamente associado a noções de justiça social e distribuição. Para estes autores equidade em saúde pode ser definida como *“... a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspectos de saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente.”*. Tal vai ao encontro da definição de equidade da OMS (1999) que estabelece que equidade em saúde implica o reconhecimento de que todos devem ter uma oportunidade justa para atingirem o seu potencial de saúde, sendo que ninguém deve estar em desvantagem no processo de atingir a *“saúde ideal”*.

Segundo a Sociedade Internacional para a Equidade em Saúde, equidade significa *“a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde em populações ou subgrupos de populações, definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente”* (International Society for Equity in health, 2005).

Para Whitehead (1992) a equidade em saúde pressupõe *“igual acesso aos cuidados de saúde disponíveis para necessidades iguais, igual utilização para necessidades iguais, igual qualidade de cuidados para todos, o que implica que idealmente todos deveriam ter uma justa oportunidade para atingir o seu pleno potencial de saúde e, mais pragmaticamente, que ninguém deve estar em desvantagem de alcançar esse potencial, se tal puder ser evitado”*.

Braveman e Gruskin (2003), citados por Braveman (2006), por sua vez dizem que equidade em saúde é a ausência de disparidades sistemáticas em saúde, ou nas determinantes sociais de saúde, entre grupos de diferentes estratos sociais.

Implícito nestas definições está a noção de que nem todos os grupos da sociedade têm oportunidades iguais para serem saudáveis.

Efectivamente verifica-se que nas últimas décadas o interesse por entender, analisar e reduzir as desigualdades em saúde tem aumentado progressivamente nos países mais desenvolvidos.

Têm sido, inclusive, descritas diferenças e desigualdades em saúde, sendo que em alguns países Europeus se passou da mera constatação da existência de desigualdades para um debate sério sobre as suas causas e a discussão acerca do seu possível aumento ou diminuição (Borrel *et al.*, 2000).

Por desigualdade ou disparidade em saúde entende-se um tipo particular de diferença na saúde que pode ser potencialmente moldado/mitigado por políticas de saúde (Braveman, 2006). Whitehead (1992) por sua vez define desigualdades em saúde como diferenças em saúde que, não só são desnecessárias e evitáveis, como são também desleais e injustas.

Segundo Braveman (2006) a desigualdade em saúde prevê ainda uma diferença na qual grupos sociais desfavorecidos (pobres; minorias raciais e étnicas, mulheres e grupos em desvantagens social ou discriminação) apresentam sistematicamente pior saúde ou riscos de saúde mais elevados do que grupos sociais mais elevados (com posição social hierárquica determinada pela riqueza, poder e/ou prestígio). A prossecução da equidade subentende, portanto, a eliminação destas disparidades e/ou desigualdades em saúde.

No que concerne o acesso/ utilização de cuidados de saúde, existem dois conceitos de equidade que convém destrinçar: a equidade vertical, que respeita o tratamento adequadamente desigual de indivíduos em situações de saúde divergentes, e a equidade horizontal que se refere a uma utilização igual dos cuidados perante necessidades iguais. Assim sendo espera-se que, para um determinado nível de necessidade, o acesso a cuidados de saúde seja igual para todos os cidadãos, independentemente do seu rendimento, género, grau de escolaridade, etc. (Wagstaff e Vandoorslaer, 2000).

Segundo Miguel e Bugalho (2002) as desigualdades (ou iniquidades) em saúde podem ser mitigadas mediante a *formulação de políticas exteriores ao sector da saúde que favoreçam a equidade global*, e pela *adopção de medidas, pelo sector da saúde, que promovam a equidade no acesso, na qualidade e na utilização dos cuidados de saúde*. Se atendermos a que “... *equidade no uso de cuidados de saúde implica também equidade na afectação de recursos em relação às necessidades sociais e de saúde...*” (Miguel e Bugalho, 2002), depressa nos apercebemos que as políticas adoptadas no que concerne o financiamento dos cuidados de saúde têm um forte impacte no que concerne ao acesso, utilização e qualidade de cuidados.

Ellis (1998) refere que os incentivos provocados pelo financiamento aos prestadores podem influenciar quer a intensidade de serviços/cuidados prestados quer o tipo de doentes que recebem esses cuidados, sempre que os doentes variam no que diz respeito à severidade da doença. O autor sugere três tipos de comportamentos, que podem ser adoptados pelos

prestadores mediante a modalidade de financiamento. São eles o *creaming* - que consiste na sobre prestação de serviços a doentes de menor severidade, *skimping* - sob-prestação de cuidados a doentes de elevada severidade, e *dumping* – evitar explicitamente doentes de elevada severidade.

Se atendermos a que a equidade no acesso a cuidados de saúde é um dos factores determinantes para a eliminação das desigualdades/ iniquidades no estado de saúde então torna-se claro que tais comportamentos, compatíveis com a selecção de doentes, são incompatíveis com os objectivos de equidade almejados pelos sistemas de saúde, pelo que se torna pertinente avaliar o impacte que as actuais metodologias de financiamento podem ter na equidade no acesso aos cuidados de saúde – objectivo secundário deste trabalho.

8.2 – EQUIDADE NO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL – A EVIDÊNCIA

8.2.1 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

De acordo com Pereira (2002), Vandoorslaer e Masseria (2004), Vandoorslaer *et al.* (2004), Pereira e Lopes (2006) e Lourenço *et al.* (2007), existem em Portugal factores, para além da necessidade clínica, que influenciam a utilização de cuidados de saúde, sendo que as iniquidades favorecem os grupos de rendimentos mais elevados.

Efectivamente, o estudo realizado por Vandoorslaer *et al.* (2004), que tinha como objectivo avaliar a equidade na utilização de consultas médicas em 21 países da OCDE, estabelecendo comparação entre os mesmos recorrendo para tal à informação disponibilizada pelos inquéritos nacionais de saúde do ano 2000, concluiu que à excepção de Portugal, Finlândia e EUA, a distribuição de consultas é equitativa, sendo que em Portugal os factores que concorriam para a iniquidade no acesso a cuidados médicos prendiam-se essencialmente com a desigualdade no acesso a médicos especialistas e a clínicos gerais. Esta última situação é especialmente preocupante visto o acesso aos Cuidados Saúde Primários nos demais países favorecer os mais pobres. O estudo de 2004 veio, de resto, reiterar um estudo semelhante realizado pelos investigadores da OCDE, com dados referentes a 1996, que concluía pela existência de iniquidade na probabilidade de ter uma consulta de clínica geral favorecia aqueles de maior rendimento. Comparando estes dois estudos verifica-se um agravamento no índice de iniquidade a favor dos mais ricos entre os anos de 1996 e 2000.

Estes resultados são ainda apoiados por estudos mais recente, como sejam os realizados por Pinto Leite (2009) - que recorre a dados disponibilizados pelo INS 2005/2006, que confirmam a existência de iniquidade horizontal significativa no número total de consultas médica – e

Teresa Bago D'Uva *et al.* (2007) que após uma análise longitudinal da equidade na prestação de cuidados de saúde (referente aos anos 1995-2001) demonstrou que Portugal apresenta índices de iniquidade favorecendo os mais ricos para o nº total de visitas a médicos de clínica geral.

É de referir contudo que um estudo de Pereira e Lopes (2006), que recorreu a dados do INS 1998/1999, e que pretendia analisar o acesso a consultas de clínica geral concluiu pela existência de iniquidade a favor dos indivíduos de estratos socioeconómicos inferiores.

8.2.2 – CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS

No que concerne o acesso a consultas de especialidades médicas o cenário não diverge do de acesso a clínicos gerais, sendo que na realidade se agrava. Efectivamente a evidência aponta para iniquidade a favor dos grupos sociais com maiores rendimentos para consultas de especialidades médicas, sendo a iniquidade mais acentuada e evidente em países em que é possível recorrer ao privado, como é o caso de Portugal. (Vandoorslaer *et al.*, 2006). Estes resultados são coincidentes com os obtidos por Vandoorslaer *et al.* (2004), Pereira e Lopes (2006), Bago d'Uva *et al.* (2007).

Também Simões *et al.* (2006) após a realização de um trabalho que pretendia avaliar a existência de equidade horizontal no sistema público e no sistema privado em Portugal, recorrendo para tal a uma análise dos dados do INS 1998/99 com posterior cálculo do índice de Le Grand, concluíram pela existência de iniquidade a favor de indivíduos com maiores rendimentos tanto no público como no privado para consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária. Segundo os autores, e no que respeita as consultas de clínica geral, verifica-se uma maior utilização destas pela população mais carenciada mas estes apresentam uma necessidade de utilizações superiores às de utilização.

Já o estudo de Lourenço *et al.* (2007) que pretendia avaliar a existência ou não de equidade na utilização de cuidados médicos, recorrendo para tal a uma avaliação baseada em modelos de contagem, com dados provenientes do INS 1998/99 - analisaram o nº total de consultas efectuadas num período de 3 meses – concluíram que “... *para o caso da população global persistem factores não relacionados com o estado de saúde inibidores do acesso...*” coexistindo dois cenários distintos: ausência de equidade para utilizadores ocasionais e a não rejeição da hipótese de equidade para utilizadores recorrentes.

De acordo com Vandoorslaer *et al.* (2004) contribuem para a iniquidade horizontal em Portugal, nomeadamente no que concerne as consultas de especialidade, o rendimento dos indivíduos, a região e o grau de urbanização da área de residência.

Tal é reiterado por Santana (1999) - quando afirma que “...*existem desigualdades regionais em saúde ... (com) ... diminuição do estado de saúde à medida que aumenta a ruralidade, o envelhecimento, a fraca capacidade de poder de compra, o analfabetismo, a distância aos cuidados de saúde, principalmente hospitalares*” – e Oliveira e Bevan (2003) que após uma análise da distribuição geográfica de recursos hospitalares, tendo em conta as necessidades nos diferentes distritos, em função da distribuição idade sexo e de taxas de mortalidade estandardizadas, concluiu que existem iniquidades assinaláveis na distribuição de recursos, particularmente médicos, visto estes se encontrarem concentrados em Lisboa, Porto e Coimbra onde as necessidades da população são menores.

Pereira e Furtado (2010) referem ainda que concorrem para as iniquidades no acesso a cuidados especializados as desigualdades na distribuição do rendimento, provavelmente devido à capacidade que indivíduos com maiores rendimentos têm para ultrapassar barreiras de acesso e recorrer a cuidados privados.

Um outro estudo realizado por Masseria *et al.* (2004), que consistiu de uma análise longitudinal, referente aos anos 1994 a 1998, da admissão a cuidados hospitalares em 12 países da União Europeia concluiu que na maioria dos países o valor de equidade horizontal é violado, tendo os mais ricos maior probabilidade de receber tratamento hospitalar. No caso de Portugal o mesmo estudo indica que o rendimento tem um efeito positivo e estatisticamente significativo na probabilidade de ser admitido num hospital, sendo que dos países em estudo, Portugal é aquele em que a iniquidade é mais significativa.

O estudo, já mencionado, de Vandoorslaer *et al.* (2004) que tinha como propósito avaliar a equidade horizontal no acesso a médicos de clínica geral, médicos especialistas, internamento hospitalar e médicos dentistas em 21 países da OCDE, recorrendo para tal a dados administrativos relativos ao ano 2000, concluiu que relativamente ao internamento hospitalar existe uma iniquidade evidente e significativa a favor dos mais ricos no que concerne a probabilidade de admissão a internamento hospitalar apenas para o México e Portugal. Estes dados vêm sugerir um aumento da iniquidade visto o índice de iniquidade em Portugal ter aumentado e beneficiar os cidadãos com maiores rendimentos. Pereira e Furtado (2010) referem que o facto de no estudo de Vandoorslaer *et al.* (2004) “*a intensidade da utilização, representada pelo nº total de dias de internamento, apresentar índices de iniquidade inferiores aos da probabilidade de admissão em meio hospitalar parece sugerir que a barreira ocorre no acesso*”.

8.2.3 MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E MEDICAMENTOS

Também no que diz respeito ao acesso a meios complementares de diagnóstico a evidência aponta para existência de iniquidade favorecendo os mais ricos.

Estudos levados a cabo por Lopes (2004) e Pereira e Lopes (2006), recorrendo a dados do INS concluíram que no que concerne a equidade na prestação de meios complementares de diagnóstico (radiografias, electrocardiogramas e análises clínicas) existia iniquidade favorecendo os mais ricos, sendo esta particularmente evidente para a realização de electrocardiogramas.

No que concerne o acesso a medicamentos, um estudo realizado por Furtado (2005) que pretendia analisar e compara os padrões de utilização de anti-hipertensores entre as diferentes regiões do País concluiu que existe *“necessidade de analisar assimetrias na utilização de anti hipertensores, de modo a assegurar a equidade no acesso a tratamento farmacológico”* visto *“existirem factores para além da morbilidade, estrutura etária e acesso aos cuidados de saúde que parecem influenciar a utilização de anti-hipertensores em Portugal, os quais deverão ser analisados (com o intuito) de diminuir assimetrias nos níveis de utilização e assegurara equidade no acesso ... no acesso ao tratamento farmacológico”*.

Rocha *et al.* (2006), por sua vez, num estudo que pretendia averiguar as diferenças no consumo de medicamentos para a osteoporose sugere que em Portugal as variações no consumo desta medicação se devem a *“necessidades não preenchidas, relativamente ao diagnóstico e tratamento da osteoporose e que factores sociais e económicos poderão contribuir para as diferenças regionais observadas”* pelo que, mais uma vez, se confirma a inexistência de equidade no acesso a medicamentos.

Pereira e Furtado (2010), citando uma análise dos dados do Atlas do Plano Nacional de Saúde (2010) afirmam existir uma elevada heterogeneidade na prescrição de medicamentos genéricos no total de medicamentos prescritos o que é indicativo de diferenças no acesso a medicamentos genéricos. De acordo com os autores esta diferença pode traduzir-se em iniquidade no acesso a medicamentos na medida em que pode influenciar a aquisição dos fármacos prescritos, devido a factores económicos, o que pode acarretar resultados em saúde.

Verificamos assim que no que concerne a equidade no acesso a evidência indicia a existência de iniquidade no acesso aos diferentes tipos de cuidados, primários, diferenciados, hospitalares, medicamentos e meios complementares de diagnóstico, sendo que invariavelmente os índices de iniquidade favorecem os mais ricos.

Correia de Campos (2008) refere que são os cidadãos mais desfavorecidos, mais pobres, mais idosos, aqueles com menor grau de educação, que suportam a maior carga de doença – adoecem mais, de forma mais grave, e morrem mais cedo. Segundo o autor, estes são também quem mais dificuldade sente no acesso ao SNS, esperando mais tempo por tratamentos, pelo que considera que é a estes cidadãos que se deve dar atenção primordial para se diminuir as desigualdades em saúde.

8.3 – SELECÇÃO DE DOENTES

Segundo Barros (2009) a selecção de doentes consiste na recusa, por parte dos hospitais, dos doentes que espera, antecipadamente, que tenham custos superiores às receitas que irão gerar em termos financeiros.

Marques (2009) considera que a selecção de doentes se caracteriza “pela escolha de doentes baseada noutras características que não apenas a necessidade de cuidados”, sendo que para tal “os hospitais podem, simultaneamente, alterar a sua política de admissão de doentes, admitindo doentes menos severos, diminuindo a intensidade dos tratamentos, transferindo os doentes mais consumidores de recursos ou especializando-se no tratamento das doenças em que são mais eficientes”

Newhouse (1996), por sua vez, reitera esta ideia sublinhando que sempre que há transferência de risco para os prestadores, como no caso do financiamento prospectivo, a competição entre os prestadores será no sentido de reduzir custos e/ou aumentar a qualidade. A competição pode contudo assumir outros contornos, na medida em que para se alcançarem os objectivos existe competição pelos “melhores” doentes, ou seja para atrair os doentes cujos benefícios pelo tratamento são superiores aos custos. Newhouse (1996) defende assim que o financiamento prospectivo exacerba o incentivo à competição entre prestadores pelos doentes menos severos para os quais os benefícios do tratamento podem não exceder os custos do mesmo.

Conforme mencionado anteriormente nesta revisão, o mesmo defende Ellis (1998) quando afirma que os incentivos provocados pelo financiamento aos prestadores influenciam tanto a intensidade de serviços prestados como o tipo de doentes que recebem esses cuidados.

Segundo o autor o facto de os sistemas de financiamento baseado em GDH pressuporem o pagamento ao prestador de um montante fixo por cada doente saído, que depende do diagnóstico quando da alta, não variando o valor do nível de cuidados prestados ao doente nem da severidade de doença do doente pode levar à selecção de doentes mediante a

prestação de serviços a doentes com menores custos associados – *creaming* -, a sob-prestação de cuidados a doentes mais severos – *skimping*- e evitação de doentes com custos de produção muito elevados – *dumping* -, como sejam os mais severos.

Assim, com o objectivo de evitar ou reduzir perdas nos casos mais severos, os prestadores podem restringir a prestação de cuidados a estes doentes, sendo que ao fazê-lo não só poupam dinheiro como também dissuadem os doentes de os procurar para se tratarem.

No que concerne ao *dumping*, apesar de este ser ilegal, existem muitas formas de o fazer, umas das quais pode ser não oferecer serviços muito especializados, aos quais estão associados custos elevados, já que é lícito recusar ou transferir um doente por não ter, disponível, determinadas condições.

Ellis (1998) refere que um estudo realizado por Newhouse e Byrn (1988) concluiu que a redução na demora média, a curto prazo, nos hospitais de agudos financiados prospectivamente se devia a comportamentos compatíveis com *dumping*. Newhouse (1989) apresenta provas de que o financiamento prospectivo Medicare aumentou a proporção de doentes “não rentáveis” tratados nos hospitais públicos (*dumping*). Segundo o autor existe mesmo evidência de que os doentes da Medicare estão a ter altas “*quicker and sicker*” o que é compatível com *skimping*. Já Frank e Lave (1989) demonstraram que a distribuição na demora média sofreu alterações compatíveis com *creaming* e *skimping*, com aumento da demora média para doentes menos severos e diminuição da demora média para doentes mais severos.

No que concerne a evidência de selecção de doentes nos hospitais portugueses existem alguns estudos que apontam para a existência de comportamentos compatíveis com selecção de doentes por parte dos prestadores.

Efectivamente, Cabral num estudo realizado em 2004 que tinha como objectivo perceber se existia, por parte dos hospitais portugueses, comportamentos compatíveis com a selecção de doentes quando da admissão (incluindo nas transferências), concluiu que “... os hospitais muitas vezes escolhem a casuística ...”.

Já Marques (2009) após a realização de um estudo que pretendia analisar o comportamento dos hospitais públicos portugueses, após a introdução dos contratos programa, perante a existência de diferentes modalidades de pagamento (consoante a entidade financeira fosse o Serviço Nacional de Saúde, os subsistemas de saúde ou terceiros pagadores) e diferentes preços associados às diferentes entidades, concluiu que “... apesar de não existir um padrão explícito de escolha de doentes por motivos financeiros, verificou-se que o actual sistema

contém eventuais incentivos perversos que podem conduzir a comportamentos socialmente indesejáveis ...” (2009).

Um outro estudo levado a cabo por Costa e Lopes (2005), que pretendia avaliar o desempenho dos hospitais SA, procedendo para tal a uma análise da produção entre 2001 (HSPA) e 2004 (HSA), concluiu que no que respeita à política de admissão ao internamento hospitalar não existe evidência de que os hospitais SA pratiquem selecção adversa para obtenção de melhores resultados “... *tão-somente pelo facto de a introdução da empresarialização não ter agudizado este fenómeno ...*” que, conforme os autores constataram, já existia em Portugal em 2001.

Embora a evidência existente seja ainda escassa no que concerne a aferição da prática de selecção adversa, no âmbito do SNS, parece sugerir a existência de incentivos à mesma potenciados pela complexidade do sistema de pagamento aos prestadores já que, embora os hospitais públicos não tenham, à partida, como objectivo a obtenção de lucro podem pretender a obtenção de excedentes económicos para aplicar noutros fins, de natureza altruística ou de prestígio da instituição, nomeadamente para aumentar a qualidade dos cuidados prestados ou ajudar a suportar custos de produção excessivos, apresentando por isso comportamentos racionais (Dranove, 1988).

Barros (2009), afirma que as desigualdades em saúde podem ser medidas, entre outras, em termos de estado de saúde, mortalidade, utilização de recursos, etc.

De acordo com Waters (2000) a equidade no sector da saúde pode ser medida através de indicadores do estado de saúde, da distribuição de recursos, das despesas, da utilização ou de acesso. Muito embora este trabalho não tenha como pretensão avaliar a equidade, ou falta dela, no acesso aos cuidados de saúde hospitalares, espera-se que os resultados obtidos permitam inferir acerca deste atributo, na medida em que, se se concluir pela existência de incentivos à selecção de doentes menos dispendiosos, dentro de determinado GDH, tendo em conta a actual metodologia de financiamento, então pode presumir-se existir incentivos à iniquidade no acesso a cuidados hospitalares.

O conceito de equidade implícito neste trabalho é o conceito de equidade horizontal na medida em que se procura inferir acerca da acessibilidade que os cidadãos têm, perante um determinado nível de necessidade, aos cuidados de saúde diferenciados (hospitalares). Procura-se, portanto, perceber se o acesso aos cuidados hospitalares é igual, perante igual necessidade, independentemente do género, idade, local de residência etc.

III – OBJECTIVOS DO ESTUDO

9.1 – OBJECTIVO GERAL

Partindo do pressuposto de que o sistema de financiamento tem a capacidade de moldar os comportamentos dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne a acessibilidade, o presente trabalho tem como principal objectivo inferir acerca dos incentivos à selecção de doentes existentes na actual metodologia de financiamento hospitalar em Portugal.

Efectivamente, a heterogeneidade de procedimentos intra GDH, resultante das características individuais de cada doente, pode gerar uma variação no consumo de recursos com consequências no que concerne os custos. Pretende-se assim averiguar se a actual metodologia de financiamento hospitalar incita os prestadores de cuidados a seleccionar os doentes que, mediante as suas características individuais, podem ser mais ou menos rentáveis para a instituição.

Procurar-se-á ainda, atendendo às características sócio demográficas das populações que os hospitais servem e, portanto, a consequente capacidade para seleccionar ou não doentes “mais rentáveis”, perceber se a actual metodologia penaliza umas instituições em detrimento de outras.

9.2 – OBJECTIVO ESPECÍFICO

Tendo em conta o objectivo geral do estudo e a revisão da literatura efectuada, o presente trabalho tem os seguintes objectivos específicos:

- Partindo da premissa de que o tempo de permanência /duração do internamento constitui uma medida *proxy* do consumo de recursos, avaliar a capacidade explicativa que cada uma das variáveis independentes (características inerentes aos doentes – idade, género, co-morbilidades, severidade, educação, factores socioeconómicos) têm na duração do internamento e inferir acerca da capacidade que essas mesmas variáveis têm de influenciar/explicar o consumo de recursos;
- Recorrendo aos relatórios e contas dos hospitais, referentes ao ano de 2007, averiguar se os hospitais com piores resultados financeiros são os que servem populações com as características identificadas previamente como mais explicativas de consumo de recursos.

9.3 – PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação a ser desenvolvida terá assim duas questões centrais, são elas:

- A actual metodologia de financiamento dos hospitais públicos Portugueses possui incentivos à selecção de doentes?
- A actual metodologia de financiamento privilegia ou penaliza uns hospitais em detrimento de outros, tendo em conta as características da população que serve e a sua consequente capacidade para seleccionar, ou não, doentes mais rentáveis?

IV – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

10.1 – FASES DA INVESTIGAÇÃO

10.1.1 – RECOLHA E SELECÇÃO DE DADOS

Para a realização do trabalho foram utilizadas as seguintes fontes de dados:

- Serviço Nacional de Saúde, Relatório e Contas 2007, elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde, onde constam os resultados dos hospitais públicos (SPA), referentes ao ano de 2007, disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/Relatorio%20e%20Contas%20-%202007.pdf>.

-Relatório e contas dos hospitais EPE referentes ao ano de 2007, disponível em http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Informacao_Gestao/Relatorios_Contas/

- Resumos informatizados de alta dos doentes classificados na V Grande Categoria de Diagnóstico (Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório) dos hospitais públicos Portugueses, referentes ao ano de 2007, disponibilizados pela ENSP.

Optou-se pelo estudo dos episódios pertencente à V GCD por serem os que se encontravam disponíveis para estudo e por se considerar que a análise de um grupo específico de doenças permite uma melhor compreensão das relações de causalidade entre as variáveis. Sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte em Portugal (INE, 2002) considerou-se que o estudo deste grupo de doenças seria particularmente relevante.

Da base de dados supracitada foram excluídos os episódios considerados excepcionais, ou seja, *“... aqueles cujo tempo de internamento é significativamente mais longo, ou significativamente mais curto, do que a média do GDH a que pertence, ultrapassando os limiares de excepção ...”* (Santana, 2005) por serem considerados pela literatura internacional como outliers. De acordo com Macmahon e Newbold (1986) é importante, do ponto de vista estatístico, que se proceda à eliminação de outliers (doentes não semelhantes) sempre que se analisa causas de variabilidade no consumo de recursos intra GDH. Assim sendo, dos 111.335 episódios de internamento que constam da base de dados foram excluídos 41.430 por compreenderem 1.732 episódios acima do limiar máximo e 39.698 abaixo do limiar mínimo do respectivo GDH a que pertencem. Foram assim seleccionados 69.905 episódios correspondentes aos episódios considerados normais, ou seja que não de excepção, ficando abrangidos pelo estudo 76 hospitais públicos Portugueses.

A base de dados utilizada continha, entre outras, as seguintes variáveis utilizadas no estudo: Ano a que os dados se referem (2007), Identificação do Hospital, Idade e Sexo dos doentes, GDH segundo o agrupador AP 21, Tipo de GDH, Tipo de Admissão, Distrito, Concelho e Freguesia do Doente, Tempo de Internamento por Episódio e Tempo de internamento em unidade de cuidados intensivos. Foram ainda utilizadas as variáveis referentes às comorbilidades mais comuns nas doenças cardiovasculares, baseadas em Perelman *et al.* (2010), insuficiência cardíaca congestiva, disritmia cardíaca, doenças cérebro vasculares, edema pulmonar, diabetes com complicação, insuficiência renal aguda, insuficiência cardíaca crónica, malignidade e choque. Tendo em vista a análise do impacte da condição económica do doente na variação do tempo de internamento foi acrescentada à base de dados inicial, e utilizada como *proxy* da condição económica dos doentes, a variável poder de compra, conforme calculada pelo INE, o que permitiu atribuir a cada doente (episódio de doença) um valor de poder de compra de acordo com concelho de residência. Para a construção da variável poder de compra concelhio o INE recorreu a uma análise factorial da qual constavam 17 variáveis relacionadas com o rendimento, consumo, bens móveis e imóveis da população residente no concelho ao qual o poder de compra dizia respeito, para o ano de 2009.

10.2 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Por procurar investigar o impacte que a actual metodologia de financiamento tem no comportamento dos prestadores de cuidados no que concerne o incentivo à selecção de doentes, em Portugal, o presente estudo pode ser considerado quantitativo - visto recorrer a dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações (Fortin, 1999) –, correlacional – na medida em que visa explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, tendo em vista a sua descrição (Fortin, 1999)- e de cariz retrospectivo - visto reportar ao internamento nos hospitais públicos Portugueses referentes ao ano de 2007.

Para proceder à análise estatística dos dados disponibilizados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) visto este ser, tradicionalmente, o *software* utilizado nas ciências sociais e humanas (Maroco, 2007). Para averiguar a existência de uma relação entre a variável dependente e as variáveis independentes foram realizadas regressões lineares simples, inicialmente, e múltiplas, posteriormente.

10.2.1 – VARIÁVEIS DE ESTUDO

Tratando-se este de um estudo correlacional, a selecção das variáveis foi feita de acordo com os objectivos estabelecidos e a revisão bibliográfica efectuada.

10.2.1.1 – ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES E A VARIAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAMENTO

Segundo Macmahon e Newbold (1986) o recurso ao Tempo de Internamento (TI) para medir o uso de recursos é utilizado, em grande parte, por defeito, isto porque o TI é uma das poucas medidas de consumo de recursos hospitalar disponível por rotina que tem igual significado de umas instituições para as outras. Outras medidas de consumo de recursos, tais como os encargos, diferem de um hospital para outro e até de um serviço para outro, dentro de um mesmo hospital.

De acordo com os autores supracitados apesar de esta não ser a única variável disponível é, provavelmente, a melhor variável dependente a ser utilizada neste tipo de análise.

Assim sendo, foi seleccionada como variável dependente o tempo de permanência no hospital/duração de internamento.

Como variáveis independentes, e porque o objectivo do estudo é inferir acerca das características dos doentes que os tornam passíveis de selecção adversa, tendo em vista a obtenção de melhores resultados, seleccionaram-se as variáveis idade, género, comorbilidades (insuficiência cardíaca congestiva, disritmia cardíaca, doença cerebrovascular, edema pulmonar, diabetes com complicação, insuficiência cardíaca crónica, Insuficiência renal aguda, malignidade e choque), passagem por unidade de cuidados intensivos durante o internamento hospitalar, tipo de admissão (urgente ou programada), poder de compra e diagnóstico (GDH), conforme consta no quadro I.

As variáveis comorbilidades, passagem por unidade de cuidados intensivos e o tipo de admissão foram seleccionadas como *proxy* da severidade.

A variável poder de compra, calculada pelo INE, que indica o poder de compra diferenciado por concelho nacional, permitiu atribuir a cada doente, com base no concelho onde reside, um valor de poder de compra, sendo por isso utilizada como *proxy* da condição económica. Relativamente a esta variável optou-se por dividir o valor inicial por 1000 tendo em vista a obtenção de coeficientes que não fossem demasiado pequenos e pudessem ser mais facilmente interpretados.

No que concerne à variável diagnóstico foi utilizada no estudo essencialmente para evitar “confundimento”, uma vez que a actual metodologia de financiamento hospitalar é feita com base nos GDH, considerando-se portanto que já se encontra ajustada por diagnóstico.

Uma vez seleccionadas as variáveis inerentes às características dos doentes procurou averiguar-se o impacte que as mesmas tinham na variação do tempo de internamento, *proxy* do consumo de recursos. Para tal realizou-se inicialmente uma análise univariada, cujo resultado permitiu inferir acerca do impacte de cada variável no tempo de internamento. Tendo em vista a anulação de efeitos de confundimento efectuou-se posteriormente uma regressão multivariada, através do método dos mínimos quadrados ordinários (MMQO), com a totalidade das variáveis explicativas.

Uma vez que para viabilizar a utilização do método de regressão linear pelo MMQO, era indispensável confirmar a normalidade da distribuição da variável tempo de internamento realizou-se um teste de Kolmogorov- Smirnov, sendo que o mesmo rejeitou esta normalidade (teste=0,196; *p-value* <0,01). Efectivamente, os valores obtidos para a assimetria e curtose foram respectivamente de 2.796 e 12.004, o que indica uma distribuição assimétrica à direita e uma distribuição mais alta e concentrada que a distribuição normal. Além disso a distribuição do tempo de internamento era sempre não negativa, o que levou a que se rejeitasse a distribuição normal. Assim, decidiu-se trabalhar com o logaritmo do tempo de internamento, para o qual os valores de assimetria (0.195) e curtose (-0.471) são muito próximos do valor de uma distribuição normal, embora o teste de Kolmogorov- Smirnov ainda rejeite esta normalidade (teste=0.081; *p-value* <0,01).

QUADRO 3. Síntese das variáveis usadas

NOME	DEFINIÇÃO
Totdias	Tempo de internamento
Icu	Passagem por Unidade Cuidados Intensivos durante o internamento
Adm_tip	Tipo de Admissão (Urgente ou Programada)
Age	Idade
Gdh_ap21	Grupo de Diagnóstico Homogéneo de acordo com a classificação AP21
Ppower 1000	Poder de compra / 1000
Sexo	Sexo do doente
COMORBILIDADES	
Cochf_1	Insuficiência Cardíaca Congestiva
Card_1	Disritmia cardíaca
Cervas_1	Doença Cerebrovascular
Puled_1	Edema Pulmonar
Diabet_1	Diabetes com complicação

Crf_1	Insuficiência Cardíaca Crónica
Arf_1	Insuficiência Renal Aguda
Mal_1	Malignidade
Schock_1	Choque

QUADRO 4. Síntese estatística da variável Total de dias de internamento

Variável	Observações	Média	Moda	Desvio Padrão.	Mínimo	Max
Totdias	69905	8,88	2	8,035	2	85
Log (Totdias)	69905	1,88	0,69	0,768	0,69	4,44

10.2.1.2 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES PELOS HOSPITAIS DE ACORDO COM OS RESULTADOS ALCANÇADOS

Após a análise da relação existente entre as características dos doentes e o tempo de internamento, tendo em conta os objectivos iniciais do presente estudo, e na impossibilidade de se analisar a relação existente entre as variáveis e os custos, tentou-se ir além do tempo de internamento que, conforme referido anteriormente é apenas um *proxy* dos custos. Para tal optou-se por apurar os resultados alcançados pelos hospitais no ano de 2007 e proceder a uma análise da distribuição das variáveis (características dos doentes), indutoras de variação dos custos, pelos hospitais, conforme os resultados alcançados pelos mesmos sejam positivos ou negativos. Pretendeu-se assim inferir acerca do impacte que as características dos doentes podem ter nos resultados apresentados pelos hospitais, e que poderão tornar os doentes passíveis de selecção, e inferir acerca da relação entre as características da população que os hospitais servem e os resultados apresentados pelos mesmos, tendo em vista especular acerca da necessidade de ajustamento do financiamento dos hospitais pelas características da população que serve.

Tendo presente que os resultados financeiros dos hospitais reflectem uma diversidade de factores (eficiência, preço dos recursos, economias de escala, etc. ...) a actual análise trata-se de um simples exercício exploratório sobre a capacidade de influência de certas variáveis nos resultados alcançados pelos hospitais.

Por se trabalhar apenas com variáveis agregadas e uma amostra de pequenas dimensões (76 hospitais), o que não permite grande robustez, a análise estatística é meramente descritiva.

No que concerne a variável resultados esta diz respeito aos resultados financeiros (receitas menos custos), apurados por hospital, para o ano de 2007, não estando portanto incluídas as perdas ou ganhos passados.

Importa referir que 2007 foi um ano de mudança no sector hospitalar, tendo-se assistido à continuação de dois fenómenos distintos:

- A transformação de Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) em Entidades Públicas Empresariais (EPE);

- Fusão de alguns hospitais em Centros Hospitalares

Para estes hospitais houve necessidade de calcular os resultados anuais visto apresentarem dois relatórios anuais de contas, um para o período pré empresarialização ou pré fusão e outro para o período pós empresarialização ou pós fusão.

Assim, no que concerne os hospitais inseridos em centros hospitalares optou-se por assumir o resultado do Centro Hospitalar para os diferentes hospitais que o compõe, por exemplo, se o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo apresentasse um resultado positivo em 5 milhões, assumia-se esse resultado para os hospitais de Serpa e Beja.

Sempre que os resultados apurados compreendiam 2 valores, referentes a dois períodos distintos do ano (pré empresarialização e pós empresarialização) optou-se por somar os dois resultados e assumir como resultado anual do hospital.

No caso dos hospitais que se fundiram em centros hospitalares, decidiu-se somar o resultado dos hospitais que compõe o centro hospitalar (período pré fusão) com o resultado de centro hospitalar e assumir esse total como apuramento do resultado anual.

Uma vez apurados os resultados para os hospitais, com episódios na amostra em estudo, dividiram-se os mesmos por dois grupos, o grupo de hospitais com resultados positivos e o grupo de hospitais com resultados negativos, tendo-se analisado posteriormente a distribuição das características identificadas como indutoras de variação de custos por estes dois grupos. No quadro 5 encontramos uma síntese estatística da variável resultados.

QUADRO 5. Síntese estatística da variável resultados

Variável	Obs.	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Resultados	69905	-3.169.000	-17.471.584	8.910.600	-24498610	17.778.449

V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Conforme referido na metodologia a presente análise tem como objectivo avaliar o impacte que as características inerentes aos doentes têm na variação do tempo de internamento hospitalar (assumido no estudo como *proxy* dos custos), tendo em vista inferir se essas mesmas características tornam os doentes passíveis de ser “seleccionados” com o intuito de obter mais-valias.

11.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O presente estudo teve por base 69.905 episódios de internamento de doentes, classificados na V Grande Categoria de Diagnóstico (Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório), dos hospitais públicos Portugueses, durante o ano de 2007.

A análise debruçou-se sobre as características inerentes aos doentes que explicam a variação do tempo de internamento, assumida neste trabalho como *proxy* dos custos. Importa portanto proceder a uma breve caracterização da população em estudo para posteriormente se proceder à análise do impacte das características dos doentes no tempo de internamento.

Assim, dos 69.905 doentes sob escrutínio, e no que diz respeito ao género, 53,9% são do sexo masculino e 46,1% do sexo feminino.

Relativamente à idade, a média é de 67,7 anos e a moda 76 anos.

Dos diagnósticos apontados os mais comuns são Insuficiência Cardíaca Congestiva (18,1%) e (Enfarte Agudo Miocárdio) (14,7%), correspondendo a maior percentagem a outro tipo de diagnósticos não diferenciados (52,4%).

A maioria dos doentes que consta da amostra teve uma admissão não programada (74,2%).

Relativamente ao tempo de internamento verifica-se que o nº mínimo de dias que os doentes estiveram internados foi de 2 dias e o máximo de 85 dias, sendo a média de dias 8,88 e a moda 2 dias. Efectivamente verifica-se que 14,2% dos doentes pertencentes à amostra ficaram internados 2 dias e que 90% ficaram internados até 18 dias.

No que respeita o tempo de internamento em unidades de cuidados intensivos varia entre 0 e 78 dias, sendo que 85,8% dos doentes não esteve internado neste tipo de unidades e 11% teve um tempo de internamento que variou entre 1 e 5 dias.

Os GDH mais frequentes nesta base de dados são o 116 (Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente), 119 (Laqueação venosa e flebo-extração), 122 (Perturbações

circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, sem complicações major, alta vivo), 127 (Insuficiência cardíaca e choque), 544 (Insuficiência cardíaca congestiva e arritmia cardíaca, com CC major) e 808 (Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque), correspondendo a estes GDH, respectivamente, a 4,5%, 6,9%, 4,7%, 16,1%, 5,6% e 3,8% da produção total.

No que concerne o poder de compra dos doentes, variável calculada pelo Instituto Nacional de Estatística e que nos indica o poder de compra de doente de acordo com o poder de compra calculado para o concelho donde o mesmo é proveniente, foi utilizada neste estudo como *proxy* do estatuto económico em virtude de não existirem outras variáveis indicativas do estatuto socioeconómico dos doentes. O poder de compra varia entre 45,88 euros (concelho de Vinhais) e 235,74 euros (concelho de Lisboa), sendo a média de 104,45 euros e a moda de 235, 74 euros.

Embora a maior parte dos doentes, 89,1%, tenha alta para o domicílio, 4,8% são transferidos para outros hospitais e 5,5% falecem.

11.2 – RESULTADO DA ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES E A VARIAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAMENTO

Com intuito de avaliar o tipo de associação e o grau de explicação entre as características inerentes aos doentes (sexo, idade, comorbilidades, tempo de internamento em unidade de cuidados intensivos, tipo de admissão, poder de compra e diagnóstico) e o tempo de internamento, foram realizadas regressões lineares univariadas, cujos resultados estão resumidos no quadro I.

QUADRO 6. Coeficientes resultantes da regressão univariada entre as características dos doentes e o tempo de internamento

Características dos Doentes		Coeficientes não Padronizados		R ²
		B.	Std. Error	
Sexo (feminino=1)		-0.070**	0.006	0.002**
Idade		0.010**	0.227	0.051**
Comorbilidades	Insuficiência Cardíaca Congestiva	0.287**	0.009	0.085**
	Disritmia Cardíaca	0.257**	0.007	
	Doença Cerebrovascular	0.281**	0.012	
	Edema Pulmonar	0.331**	0.047	
	Diabetes com Complicação	0.337**	0.013	
	Insuficiência Cardíaca Crónica	0.268**	0.011	
	Insuficiência Renal Aguda	0.474**	0.019	
	Malignidade	0.290**	0.020	
	Choque	0.296**	0.033	
Passagem pelos Cuidados Intensivos (intensivos = 1)		0.125**	0.008	0.003**
Tipo de Admissão (urgente=2)		0.536**	0.006	0.093**
Poder de Compra /1000		0.525**	0.062	0.001**
Diagnóstico (Seleção dos 6 GDH com maiores e dos 6 GDH com menores coeficientes/custos associados)	GDH 104	1.138**	0.064	0.413**
	GDH 126	1.777**	0.059	
	GDH 545	1.380**	0.052	
	GDH 549	1.495**	0.045	
	GDH 849	1.164**	0.134	
	GDH 796	1.140**	0.056	
	GDH 118	-0.803**	0.055	
	GDH 119	-0.794**	0.040	
	GDH 125	-0.526**	0.041	
	GDH 129	-0.800*	0.226	
	GDH 851	-0.474**	0.050	
	GDH 854	-0.672**	0.032	

** Valor estatisticamente significativo para um limiar de 99% (p-value<0.01)

* Valor estatisticamente significativo para um limiar de 95% (p-value<0.05)

A análise do quadro acima permite-nos concluir que:

- Existe associação positiva entre o tempo de internamento e as seguintes variáveis: idade, poder de compra, comorbilidades, admissão urgente e passagem pelos cuidados intensivos. Podemos concluir que doentes mais velhos, com maior poder de compra, que passam durante o tempo de internamento por unidades de cuidado intensivos, que têm comorbilidades associadas apresentam tempos de internamento superiores.

- No que concerne o grau de explicação das variáveis na variação do tempo de internamento podemos concluir que a variável que mais explica a variação no tempo de internamento é o diagnóstico, 41,3%, seguido do tipo de admissão, 9,3%, das comorbilidades, 8,5%, a idade, 5,1%, passagem por unidade de cuidados intensivos 0,3%, e finalmente o sexo 0,2%.

Apesar da capacidade explicativa das variáveis, características dos doentes, não ser muito elevada, estudando os coeficientes resultantes das regressões, podemos inferir acerca do impacte que as mesmas podem ter na variação no tempo de internamento.

11.2.1 – ANÁLISE DOS COEFICIENTES RESULTANTES DA REGRESSÃO LINEAR UNIVARIADA ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES E O TEMPO DE INTERNAMENTO

- No que respeita a variável **sexo** (masculino ou feminino), e após uma codificação prévia à realização da regressão de 0 para sexo masculino e 1 para sexo feminino, podemos concluir que os doentes do sexo masculino têm um tempo de internamento acrescido em 7% quando comparados com os doentes do sexo feminino. Assim, se um hospital tratar mais homens do que mulheres ficará, à partida, em desvantagem quando comparado com um hospital que trate mais mulheres. Não existindo um ajustamento pela idade, os hospitais estarão a receber o mesmo financiamento, sendo que um trata de doentes que permanecem significativamente mais tempo internados do que o outro.

- Relativamente à variável **idade**, responsável por 5,1% da variação do tempo de internamento, verifica-se que por cada ano adicional dos doentes o tempo de internamento aumenta 1%. Este coeficiente permite-nos concluir que a variação de idades pode levar a um aumento considerável na demora de internamento já que, por exemplo, um doente de 70 anos permanece internado mais 40% do que um de 30 anos. Hospitais que atendem populações mais envelhecidas, perante igual pagamento, ficam assim prejudicados quando comparados com hospitais que servem populações mais jovens.

- A **passagem por unidade de cuidados intensivos** durante o tempo de internamento, variável seleccionada como *proxy* da severidade dos doentes, explica 0,3% da variação total no tempo de internamento, sendo que doentes que passam por unidades de cuidados intensivos vêm o seu tempo de internamento aumentado em 12,5% quando comparados com os demais. Este coeficiente permite-nos concluir que doentes mais severos, com necessidade de internamento em unidades de cuidados intensivos fazem aumentar as demoras de internamento. Atendendo a que o tempo de internamento foi assumido como *proxy* da severidade podemos concluir que doentes mais severos, que necessitem deste tipo de cuidados, permanecem mais tempo internados o que pode ter impacto em termos de consumo de recursos.

- O **Tipo de Admissão**, no estudo em questão, também foi considerado *proxy* da severidade dos doentes, considerando-se que doentes admitidos via urgência são mais severos do que doentes com admissões programadas. Após uma codificação de 1 para doentes programados e 2 para doentes urgentes, foi realizada a regressão univariada, cujos resultados, expressos no quadro I, permitem concluir que 9,3% da variação total da demora de internamento se deve ao tipo de admissão, sendo que as demoras de internamento dos doentes cuja admissão não foi programada são superiores em 53,6% em relação àqueles que tiveram admissão programada. O tipo de admissão tem por isso um impacto muito significativo na variação do tempo de internamento, visto que as admissões não programadas fazem disparar a demora de internamento. Assim sendo, perante um mesmo financiamento um hospital que trata de doentes não urgentes (programados) está em vantagem quando comparado com um que trate doentes urgentes.

-A análise do coeficiente não padronizado da variável **poder de compra/1000**, variável utilizada como *proxy* do estatuto económico dos doentes, e que permite explicar 0,1% da variação do tempo de internamento, permite concluir que por cada 1000 euros a mais de poder de compra o tempo de internamento aumenta 52,5%. O coeficiente permite-nos algumas considerações. Assim, atendendo a que a variação de poder de compra na actual base de dados é de 189,86 euros, a variação na demora de internamento pode ser até 9,97%, quer isto dizer que a diferença no tempo de internamento entre os doentes com menor poder de compra e maior poder de compra da actual base de dados é de quase 10%. Os doentes com maior poder de compra ficam, portanto, mais tempo internados pelo que pode ser compensatório, neste caso específico, tratar doentes de estratos económicos inferiores.

-As comorbilidades, apontadas como indutoras de custos por potenciarem complicações que aumentam o tempo de internamento, explicam 8,5% da variação do tempo de internamento, estando a todas elas (insuficiência cardíaca congestiva, disritmia cardíaca, doença cerebrovascular, edema pulmonar, diabetes com complicação, insuficiência cardíaca crónica, insuficiência renal, malignidade e choque) associado um aumento no tempo de internamento que varia entre 25,7% e 47,4%, sendo estes valores estatisticamente significativos.

-O **diagnóstico**, representado no estudo em questão pelo GDH gerado pelo doente, é a variável com maior poder explicativo, compreendendo 41,3% da variação no total de dias de internamento.

Embora tenha sido utilizada a totalidade dos GDH que constam da base de dados na regressão univariada, sendo que um dos GDH (o 127, insuficiência cardíaca e choque) foi excluído para

evitar a multicolinearidade perfeita, o quadro II refere apenas os 12 GDH aos quais estão associados maiores variação no tempo de internamento. Optou-se por referir somente estes 12 GDH para evita a sobrecarga de informação e facilitar a leitura da tabela. Assim, são referidos os 6 GDH com maior e os 6 GDH com menor tempo de internamento associados, tendo-se verificado que os GDH aos quais estão associados maiores demoras de internamento são: 104 (Procedimentos nas válvulas cardíacas e/ ou outros procedimentos cardiotorácicos major, com cateterismo cardíaco), 126 (Endocardite aguda e/ou subaguda), 545 (Procedimento em válvulas cardíacas com CC major) 549 (Procedimentos cardiovasculares major, com CC major), 796 (Revascularização do membro inferior com CC), 849 (Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque) já que a cada um deles está associada uma variação no tempo de internamento que vai de mais 113 até 177%, ou seja, quase três vezes superior aos demais GDH. Os GDH com menores custos associados são o nº 118 (Substituição do gerador de pacemaker cardíaco), 119 (Laqueação venosa e flebo-extração), 125 (Perturbações circulatórias excepto enfarte agudo do miocárdio, com cateterismo cardíaco, sem diagnóstico complexo) , 129 (Paragem cardíaca de causa desconhecida), 851 (Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco), 854 (Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, sem Enfarte Agudo Miocárdio) visto representarem menos 47,4 a 80,3% de dias de internamento quando comparados com os demais.

Conforme referido no ponto 10.2.1.1 foram utilizados os GDH para representar a variável diagnóstico por serem mais exaustivos, no que concerne ao motivo de internamento e tratamento adoptado tendo em vista as características individuais de cada doente, do que os diagnósticos que constam da base de dados. Contudo há que referir que, uma vez que a actual metodologia de financiamento hospitalar já é ajustada pelos GDH (sendo que a cada GDH está associado um peso relativo indicativo do consumo de recursos, que é utilizado posteriormente para o financiamento hospitalar), é natural que esta seja a variável mais relevante em termos explicativos (até porque como se refere em 2.2 os GDH - têm como principal objectivo agrupar os episódios de internamento hospitalar em categorias homogéneas no que respeita ao consumo de recursos, considerando para o efeito a duração do internamento). Por estes mesmos motivos esta não é, portanto, a variável mais relevante para estudar potenciais iniquidades no financiamento pelo que a sua inclusão na regressão multivariada tem como objectivo evitar “confundimento”. Ou seja, para avaliar se a variação no tempo de internamento é provocada pela idade, por exemplo, é necessário que se ajuste para o mesmo

diagnóstico para nos certificarmos que é a idade e não a doença que provoca o aumento ou diminuição no tempo que o doente permanece no hospital.

Assim sendo, para se perceber o impacte que cada uma das características tem na variação do tempo de internamento, fez-se uma regressão linear multivariada tendo em vista a anulação de efeitos de confundimento, cujos resultados se encontram no quadro II.

Os coeficientes obtidos para o sexo, idade, comorbilidades, passagem por unidade de cuidados intensivos, poder de compra e tipo de admissão encontram-se ajustados pelas demais variáveis. Tomando como exemplo o tipo de admissão, verifica-se que para doentes internados com o mesmo problema de saúde, com as mesmas comorbilidades associadas, de igual sexo e idade, com passagem pelos cuidados intensivos durante o internamento e igual poder de compra, os doentes de carácter urgente permanecem internados mais 29% do que os de carácter electivo. Se não houvesse ajustamento pelas restantes variáveis não seria possível determinar que o aumento no tempo de internamento se devia exclusivamente ao tipo de admissão e não ao tipo de doença, comorbilidades, idade, sexo, poder de compra do doente ou tempo que permaneceu internado nos cuidados intensivos.

QUADRO 7. Resultados da regressão multivariada para o tempo de internamento, valores ajustados por sexo, idade, passagem por UCI durante o internamento, comorbilidades, tipo de admissão, poder de compra e GDH.

Características dos Doentes		Coeficientes não Padronizados		R ²
		B.	Std. Error	
Sexo (feminino=1)		-0.001	0.005	0.436
Idade		0.003**	<0,001	
Comorbilidades	Insuficiência Cardíaca Congestiva	0.120**	0.008	
	Disritmia Cardíaca	0.053**	0.006	
	Doença Cerebrovascular	0.083**	0.010	
	Edema Pulmonar	-0.015	0.037	
	Diabetes com Complicação	0.109**	0.010	
	Insuficiência Cardíaca Crónica	0.090**	0.009	
	Insuficiência Renal Aguda	0.098**	0.015	
	Malignidade	0.088**	0.016	
	Choque	-0.017	0.027	
Cuidados Intensivos (intensivos = 1)		0.031**	0.007	
Tipo de Admissão (urgente=1)		0.290**	0.007	
Poder de Compra/ 1000		0.109**	0.048	
Diagnóstico	GDH 104	1.189**	0.064	
	GDH 126	1.690**	0,058	
	GDH 545	1.465**	0,052	
	GDH 549	1.421**	0,045	
	GDH 849	1.070**	0.149	

(Seleção dos 6 GDH com maiores e dos 6 GDH com menores coeficientes/custos associados)	GDH 796	1.187**	0.056	
	GDH 118	-0.068**	0.055	
	GDH 119	-0.506**	0,040	
	GDH 125	-0.397**	0.040	
	GDH 129	-0.891*	0.261	
	GDH 854	-0.498**	0.032	
	GDH 143	-0.384**	0,049	

** Valor estatisticamente significativo para um limiar de 99% (p-value<0.01)

* Valor estatisticamente significativo para um limiar de 95% (p-value<0.05)

Mediante uma breve análise ao quadro II apercebemo-nos de que as variáveis apontadas permitem explicar 43,6% da variação do tempo de internamento. Assim, importa agora proceder a uma breve análise dos coeficientes não padronizados descritos na tabela IV e retirar algumas conclusões.

11.2.2 – ANÁLISE DOS COEFICIENTES RESULTANTES DA REGRESSÃO LINEAR MULTIVARIADA ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES E O TEMPO DE INTERNAMENTO

Conforme referido acima, o modelo em questão permite explicar 43,6% da variação total de tempo de internamento. Atendendo a que no modelo de regressão univariada a variável GDH explicava 41,3% da variação no tempo de internamento, então as variáveis consideradas na regressão linear multivariada, não contempladas na metodologia de financiamento em vigor, permitem aumentar a capacidade explicativa do modelo de 41,3% para 43,6%. Embora não seja expressiva esta diferença não deve ser negligenciada.

Atendendo aos resultados da regressão multivariada podemos concluir que existem características inerentes aos doentes que influenciam o tempo que estes vão permanecer internados no hospital.

O quadro II permite-nos concluir que perante doentes com as mesmas características (mesma idade, sexo, diagnóstico, comorbilidades, gravidade e condição económica e financeira):

- Não existe evidência estatística do **sexo** ter impacte na variação no tempo de internamento. Efectivamente verifica-se que embora o sexo, por si só, justifique parte da variação no tempo de internamento, sendo que os homens permanecem internados, em média, mais 7%, a verdade é que quando ajustamos o sexo pelas variáveis acima descritas o efeito do sexo fica não significativo, possivelmente por os doentes do sexo feminino serem simultaneamente doentes mais velhos e/ou mais graves.

- A **idade** dos doentes, por sua vez, tem impacte na variação do tempo de internamento, sendo que por cada ano adicional o doente fica internado mais 0,3%. Assim, um doente de 70 anos vê

o seu tempo de internamento prolongado em 12% quando comparado com um doente de 30 anos.

- Doentes cuja **admissão** é feita via urgência ficam internados mais 29% do tempo do que os doentes com admissões programadas.

É de referir que, tanto para a variável idade como para a variável tipo de admissão, a inclusão de variáveis de confundimento reduzem consideravelmente o impacto na variação do tempo de internamento permanecendo este, contudo, significativo. No caso da variável sexo a introdução de variáveis de confundimento alteram as conclusões já que o efeito na variação de tempo de internamento passa a não ser significativo, talvez porque as mulheres sejam mais velhas do que os homens.

- A passagem por **unidade de cuidados intensivos**, quando ajustada pelas demais variáveis, faz variar o tempo de internamento em 3,1%, pelo que este resultado, embora menos expressivo que o anterior, reitera a conclusão de que a passagem por unidades de cuidados intensivos aumenta significativamente o tempo de internamento.

Atendendo a que a utilização das variáveis tipo de admissão (urgente ou programada), tempo de internamento em unidades de cuidados intensivos e comorbilidades tem como objectivo avaliar o impacto da gravidade na variação da demora de internamento, conclui-se que a gravidade do doente tem impacto positivo na variação do tempo de internamento já que doentes admitidos via urgência, com comorbilidades e com internamento em unidades de cuidados intensivos ficam internados mais tempo do que aqueles com admissões programadas, sem comorbilidades associadas e que não passam por UCI.

- No que concerne as **comorbilidades** insuficiência cardíaca congestiva, disritmia cardíaca, doença cerebrovascular, diabetes com complicações, insuficiência cardíaca crónica, malignidade e insuficiência renal aumentam o tempo de internamento em cerca de 5,3 a 12%. Já para o edema agudo do pulmão e o choque não existe evidência estatística de que façam variar o tempo de internamento ($p \text{ values} > 0,1$), ao contrário o que acontecia antes da introdução das variáveis de confundimento.

- Doentes com **condição económica** mais favorável também vêm o seu tempo de internamento aumentado. No que respeita a condição económica dos doentes recorreu-se à variável poder de compra, calculada pelo INE, e que nos dá o poder de compra por utente diferenciado por concelho, para inferir acerca da mesma sobre a variação no tempo de internamento, tendo-se constatado que por cada 1000 unidades de poder de compra a mais os

doentes ficam internados mais 10,9%. Cada 1000 euros a mais de poder de compra representa mais 10,9% de dias de internamento. Atendendo a que o poder de compra mínimo, nesta amostra, é de 45,88 e o máximo é de 235,74, sendo a diferença entre os dois de 189,86 euros podemos concluir que os doentes com maior poder de compra ficam em média mais 2,07% do que aqueles com menor poder de compra. Tal como para a idade e o tipo de admissão, o impacto da condição económica embora permaneça significativo, acarretando consequências importantes na variação do tempo de internamentos, diminui com as variáveis de confundimento.

- Relativamente ao impacto do **diagnóstico**, e embora os GDH não sejam o principal alvo desta análise pelos motivos acima mencionados, verifica-se que permanecem mais tempos internados os doentes referentes ao GDH 104 (Procedimentos nas válvulas cardíacas e/ ou outros procedimentos cardioráquicos major, com cateterismo cardíaco), 126 (Endocardite aguda e/ou subaguda), 545 (Procedimento em válvulas cardíacas com CC major), 549 (Procedimentos cardiovasculares major, com CC major), 796 (Revascularização do membro inferior com CC), 849 (Implantação de desfibrilhador cardíaco, com cateterismo cardíaco, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque). Estes doentes ficam internados mais 107 a 169% que os demais. Aos GDH 118 (Substituição do gerador de pacemaker cardíaco), 119 (Laqueação venosa e flebo-extração), 125 (Perturbações circulatórias excepto enfarte agudo do miocárdio, com cateterismo cardíaco, sem diagnóstico complexo), 129 (Paragem cardíaca de causa desconhecida), 143 (Dor torácica) 854 (Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, sem Enfarte Agudo Miocárdio), estão associados tempos de internamento mais curtos, visto que os doentes que geram estes GDH ficam menos 6,8% a 50,6% do tempo de internamento.

Conclui-se assim que existem, efectivamente, características inerentes aos doentes responsáveis por variações no tempo de internamento.

11.3 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES PELOS HOSPITAIS DE ACORDO COM OS RESULTADOS ALCANÇADOS

Tendo em vista o objectivo de averiguar se as variações no tempo de internamento, resultantes das características individuais dos doentes, geram consequências nos resultados anuais alcançados pelos hospitais, procedeu-se a uma análise da distribuição das características pelos hospitais. Assim, optou-se por avaliar a média de idades, poder de compra e dias de internamento em unidades de cuidados intensivos (variáveis contínuas) para os hospitais com resultados positivos e para os hospitais com resultados negativos,

procedendo-se posteriormente a uma comparação dos resultados alcançados por ambos, à luz das conclusões resultantes da análise da regressão multivariada realizada em 11.2.

Para averiguar a distribuição das variáveis discretas, sexo, tipo de admissão e comorbilidades, optou-se por apurar a percentagem de doentes com estas características atendida para ambos os grupos de hospitais (hospitais com resultado positivo e hospitais com resultados negativos), tendo-se chegado aos resultados resumidos no quadro VI e que são sujeitos a análise no actual subcapítulo.

No que respeita a variável diagnóstico, representada no actual estudo pelos GDH, foi excluída desta análise em virtude da actual metodologia de financiamento hospitalar já ser ajustada por GDH sendo que, como já foi anteriormente mencionado, a sua inclusão na regressão linear multivariada, em 11.2, e posterior análise teve como objectivo evitar efeitos de “confundimento”. No que diz respeito à exploração dos resultados financeiros dos hospitais, a análise desta variável não foi considerada necessária já que o próprio financiamento está baseado nos GDH, e portanto não se espera que sejam uma fonte de lucro/perda para os hospitais.

QUADRO 8. Resultados da análise da distribuição das características dos doentes pelos hospitais com resultados anuais positivos e negativos, no ano de 2007

		Amostra Completa	Hospitais com Resultados Positivo	Hospitais com Resultados Negativos
Média Idades em anos (Desvio Padrão)		67,70 (16,61)	68,05 (16,02)	68,68* (14,77)
Média Poder Compra em euros (Desvio Padrão)		104,45 (47,09)	110,04 (50,84)	101,11 (44,37)
Média Dias Internamento UCI em dias (Desvio Padrão)		0,63 (2,42)	0,46 (1,72)	0,73 (2,74)
Sexo	% Doentes Sexo Masculino	53,9%	55%	53,2%
	% Doentes Sexo Feminino	46,1%	45%	46,8%
Tipo Admissão	% Doentes Programados	25,8%	27,7%	24,7%
	% Doentes Não Programados	74,2%	72,3%	75,3%
Comorbilidades	Insuficiência Cardíaca Congestiva	9,6%	10,5%	9,1%
	Disritmia Cardíaca	19,9%	19,7%	20,1%
	Doença Cerebrovascular	5,4%	5,1%	5,6%
	Edema Pulmonar	0,3%	0,1%	0,5%
	Diabetes com Complicação	5,3%	4,7%	5,8%
	Insuficiência Cardíaca Crónica	7,1%	7,1%	7,1%
	Insuficiência Renal Aguda	2,4%	2,7%	2,2%

	Malignidade	2,1%	2,3%	1,9%
	Choque	0,7%	0,9%	0,7%

*Atendendo a que todos os hospitais pediátricos, que constam da base de dados, apresentaram resultados negativos no ano de 2007, era expectável um enviesamento na média de idades destes pelo que se optou por calcular esta média excluindo os doentes com idades inferiores a 18 anos. A inclusão dos hospitais pediátricos no cálculo da média de idades dos hospitais com resultados negativos gera uma média de 67,49 anos de idade para estes hospitais, com desvio padrão de 16,95 anos.

11.3.1 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PELOS HOSPITAIS

Da análise da distribuição, pelos hospitais, das características inerentes aos doentes, consideradas influenciadoras do consumo de recursos, de acordo com o resultado alcançado no ano de 2007, podemos concluir que:

-A média de **idades dos doentes** dos hospitais com resultados positivos é inferior à média de idades dos doentes dos hospitais com resultados negativos. Este resultado converge com os resultados obtidos em 11.2 que indicam que quanto maior a idade do doente mais dispendioso o seu tratamento. Era por isso expectável que os hospitais que tratam doentes mais jovens apresentem melhores resultados do que os que tratam doentes mais velhos, o que de facto se verifica.

-Para o **poder de compra**, variável utilizada como *proxy* do estatuto económico dos doentes, verificamos que os hospitais com resultados positivos trataram doentes com maior poder de compra do que os hospitais com resultados negativos. Estes resultados divergem das conclusões resultantes da regressão multivariada que sugeriam que a doentes com maior poder de compra estariam associados internamentos mais longos e consequentemente mais dispendiosos. Efectivamente a actual análise sugere que os hospitais com resultados positivos atendem doentes com maior poder de compra.

- Relativamente à passagem por **unidades de cuidados intensivos**, durante o tempo de internamento, assumido neste estudo como *proxy* da severidade e identificado na análise anterior como potenciador da demora de internamento, verifica-se que a média de dias de internamento em UCI é significativamente superior nos hospitais com resultados negativos. Atendendo a que doentes com passagem por UCI durante o tempo de internamento permanecem consideravelmente mais tempo internados, o atendimento dos mesmos pode ter, efectivamente, impacte negativo nos resultados alcançados pelos hospitais.

- No que respeita ao **sexo** ambos os hospitais atenderam mais doentes do sexo masculino do que do sexo feminino, sendo que os hospitais com resultados positivos atenderam mais homens do que aqueles com resultado negativo. Embora os resultados da regressão multivariada sugiram que os homens permanecem mais tempo no hospital do que as

mulheres, este valor não foi estatisticamente significativo, pelo que estes achados não são, portanto, contraditórios.

- Quanto ao **Tipo de Admissão** (urgente ou programada), também tido como *proxy* da severidade dos doentes, verifica-se que os hospitais com resultados negativos apresentam uma maior percentagem de doentes atendidos via urgência e os hospitais com resultados positivos uma maior percentagem de doentes com admissão programada. Uma vez que a análise anterior identificou os doentes urgentes como sendo aqueles aos quais estavam associados internamentos mais prolongados, quando comparados com os doentes de admissão programada, os resultados obtidos são convergentes em ambas as análises, estando aos hospitais com maior percentagem de doentes urgentes associados piores resultados.

-Das **comorbilidades** apontadas como indutoras de custos, por potenciarem o aumento do tempo de internamento, verifica-se uma maior predominância da disritmia cardíaca, doença cerebrovascular, e diabetes com complicação nos hospitais com resultados negativos. Já a insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal aguda e malignidade foram mais comuns nos hospitais com resultados positivos. Embora às comorbilidades edema pulmonar e choque estejam associados menores tempo de internamento, os valores obtidos anteriormente não são estatisticamente significativos. Ainda assim, a actual análise da distribuição destas duas comorbilidades pelos hospitais em questão demonstra uma maior percentagem de doentes com edema pulmonar nos hospitais com resultados negativos e uma maior percentagem de doentes em choque nos hospitais com resultados positivos.

Após esta breve análise descritiva apercebemo-nos de que as variáveis idade, passagem por UCI durante o tempo de internamento e tipo de admissão, anteriormente identificadas como potenciadoras de custos têm, efectivamente, uma maior incidência nos hospitais com resultados negativos. Assim, as análises são convergentes na sugestão de que doentes mais velhos, mais severos - isto é, com necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos e com admissões urgentes – são mais dispendiosos, podendo influenciar os resultados alcançados pelas instituições que os atendem, se o financiamento destas não for ajustado por estas características.

No que concerne o poder de compra os resultados são divergentes já que a análise da regressão multivariada sugere que doentes com maior poder de compra são mais dispendiosos, visto estar-lhes associado internamentos mais longos, ao passo que a actual análise aponta para que o atendimento de doentes com poder de compra superior melhore os resultados alcançados pelos hospitais.

Relativamente às comorbilidades, embora a primeira parte da investigação sugira que tanto a insuficiência cardíaca congestiva como a disritmia cardíaca, doença cerebrovascular, diabetes com complicação, insuficiência cardíaca crónica, insuficiência renal aguda e malignidade sejam responsáveis por aumento na demora de internamento, a análise da distribuição das mesmas não é muito elucidativa, não permitindo grandes ilações, visto haver uma distribuição ora de umas, ora de outras por ambos grupos de hospitais

Os resultados alcançados, e resumidos nos quadros abaixo, serão objecto de discussão no capítulo que se segue.

QUADRO 9. Quadro síntese das conclusões referentes aos resultados da regressão multivariada sobre tempo de internamento

Características dos Doentes	Conclusões
Sexo	Não existe evidência estatística de que o sexo tenha impacte na variação do tempo de internamento. Embora não significativos os coeficientes resultantes da análise sugerem, contudo, que os homens permanecem mais tempo internados.
Idade	Existe evidência estatística de que doentes mais velhos permanecem mais tempo internados.
Comorbilidades	À excepção do edema agudo do pulmão e choque, as comorbilidades em estudo fazem aumentar o tempo de internamento.
Severidade	Doentes mais severos, (isto é com internamento em UCI e admitidos com urgência), permanecem mais tempo internados do que os doentes menos severos (sem internamentos em UCI e com admissão programada).
Condição Económica	A doentes com maior poder de compra estão associados tempos de internamento mais prolongados.

QUADRO 10. Quadro Síntese das conclusões referentes aos resultados da distribuição das características dos doentes pelos hospitais, conforme os seus resultados sejam positivos ou negativos

Distribuição das Características dos Doentes pelo Hospitais	Conclusões
Sexo	Ambos os hospitais atenderam mais doentes do sexo masculino do que de sexo feminino, sendo que os hospitais com resultados positivos atenderam mais 1,8 pontos percentuais de homens do que os hospitais com resultados negativos.
Idade	A média de idades dos doentes atendidos nos hospitais com resultados negativos é superior à média de idades dos doentes tratados nos hospitais com resultados positivos.
Comorbilidades	Os hospitais com resultados positivos trataram mais doentes com insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal aguda, malignidade e choque do que os hospitais com resultados negativos. Já os hospitais com resultados negativos trataram mais doentes com disritmia cardíaca, doença cerebrovascular, edema pulmonar e diabetes com complicação.
Severidade	Os hospitais com resultados negativos trataram mais doentes urgentes do que os hospitais com resultados positivos e apresentaram médias de dias de internamento em UCI bastante mais elevadas do que os hospitais com resultados positivos. Os hospitais com resultados negativos tratam, por isso, doentes mais severos do que os hospitais com resultados positivos.
Condição Socioeconómica	A média de poder de compra dos doentes atendidos em hospitais com resultados negativos é inferior à média de poder de compra dos doentes atendidos em hospitais com resultados positivos.

VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

12.1 – LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Inerentes ao presente estudo estão limitações metodológicas que devem ser tidas em consideração quando da interpretação dos resultados obtidos. As principais limitações prendem-se com as fontes de informação disponíveis e com as variáveis de estudo utilizadas, seguindo-se uma listagem daquelas consideradas mais importantes.

- Uma das principais limitações do actual estudo prende-se com o facto de se ter assumido o tempo de internamento como *proxy* dos custos. São vários os factores que concorrem para os custos de produção de um determinado episódio, como por exemplo a intensidade dos cuidados prestados (exames complementares de diagnóstico requeridos, terapêutica prescrita, etc.), a eficiência da gestão dos factores de produção (meios humanos, financeiros e elementos de capacidade instalada), ou o poder de negociação da instituição com fornecedores e recursos humanos, correspondendo o tempo de internamento apenas a uma das variáveis de uma complexa equação. Também a génese da doença em si, a quantidade e qualidade de “inovação e desenvolvimento tecnológico” (entenda-se fármacos, equipamentos de diagnóstico, procedimentos médicos e cirúrgicos), entre outros, utilizados para a reabilitação dos doentes contribuem para a variação dos custos, pelo que não é garantido que diferentes doentes com a mesma duração de internamento apresentem os mesmos níveis de consumo de recursos. O *proxy* mais fiável do consumo de recursos seria, por isso, a despesa ou o custo por doente. Não estando esta informação disponível para os hospitais em Portugal, e em virtude da facilidade de obtenção, fiabilidade, e generalização de utilização como *proxy* de consumo de recursos (Costa, 1994; Barbosa, 2005), optou-se pela adopção do tempo de internamento como variável *proxy* dos custos até porque, conforme referido por Polverejan *et al.* (2003), existe uma correlação considerável entre o tempo de internamento e os custos hospitalares. A discussão dos resultados obtidos terá, contudo, em conta os pressupostos supracitados.

- Outra limitação, também ela importante, prende-se com o facto de se analisar um nº limitado de episódios de internamento. O estudo em questão debruça-se, exclusivamente, sobre os episódios de GDH pertencentes à V Grande Categoria de Diagnóstico, pelo que os resultados obtidos não podem ser automaticamente extrapolados para a totalidade dos episódios. Há a referir contudo que, de acordo com a DGS (2006), as doenças cardiovasculares são um dos mais importantes problemas de saúde pública em Portugal, sendo mesmo

consideradas como a principal causa de morte, e uma das principais causas de internamento hospitalar pelo que estas doenças têm um impacte preponderante na actividade hospitalar, e nos custos que lhe são inerentes. Considerou-se por isso pertinente e interessante, à luz dos objectivos iniciais do trabalho, estudar os episódios pertencentes a esta Grande Categoria de Diagnóstico.

- No que concerne os resultados dos hospitais, e em virtude de 2007 ter sido um ano de mudança de estatuto jurídico para alguns hospitais, e de fusão em centros hospitalares para outros, os resultados assumidos por hospital reflectem uma realidade “distorcida” na medida em que não há informação desagregada por hospital. Assim, os resultados apurados consistem, para os hospitais em mudança de estatuto jurídico, na soma dos resultados referentes aos meses pré e pós mudança. Para os hospitais que se fundiram em centros hospitalares os resultados apurados resultam da soma dos resultados de cada hospital, agora pertencente ao centro hospitalar, antes da fusão mais os resultados apresentados pelo centro hospitalar. Para mitigar esta limitação decidiu-se analisar a distribuição das características, tidas como indutoras de variação dos custos, nos hospitais com resultados positivos e nos hospitais com resultados negativos, visto não ter sido possível realizar uma regressão linear que estabelecesse relação entre as características dos doentes e os resultados alcançados. Esta análise tratou-se, por isso de, uma análise meramente exploratória que tinha como objectivo avaliar a existência de relação entre os resultados obtidos para a variação do tempo de internamento e os resultados financeiros alcançados pelos hospitais.

- Refira-se ainda a limitação inerente à variável *proxy* do estatuto económico, poder de compra. Efectivamente os resumos informatizados de alta dos doentes internados nos hospitais públicos portugueses, da base de dados da ACSS, não possuem qualquer informação indicativa do estatuto socioeconómico dos doentes. Assim, optou-se por adoptar como variável indicativa a variável poder de compra no concelho de residência do utente, conforme calculada pelo INE. Tal permitiu atribuir a cada doente um valor de poder de compra de acordo com a sua área de residência. Atendendo a que este é um valor médio *per capita* para os habitantes do concelho de onde os doente provêm pode ocorrer enviesamento dos resultados, visto estarmos a assumir que todos os habitantes do concelho são idênticos, co que concerne o poder de compra, quando na verdade existe heterogeneidade. Com base nas variáveis seleccionadas pelo INE para a construção desta variável acredita-se, contudo, que esta é um bom *proxy* da condição económica dos doentes.

- Por último convém mencionar que embora a análise do impacte das características dos doentes na variação do tempo de internamento tenha sido feita com base nos episódios de doença pertencentes à V GCD, a análise referente ao impacte desta variação nos resultados hospitalares foi feita para o hospital como um todo, abrange por isso a totalidade da produção do mesmo e não só a produção referente às doenças da V GCD.

12.2 – DISCUSSÃO DO RESULTADOS

Inerente a qualquer sistema de financiamento hospitalar está a capacidade de moldar o comportamento dos prestadores no que concerne a eficácia, a eficiência e a equidade na admissão de doentes.

Estudos, como o realizado por Cabral (2004), permitiram concluir que “os hospitais (Portugueses) escolhem a casuística” o que vai contra os princípios de equidade no acesso a cuidados de saúde patentes na Constituição Portuguesa. Assim sendo, torna-se impreterível conhecer e analisar o comportamento dos prestadores públicos face às metodologias de financiamento adoptadas pelos sistemas de saúde e seus eventuais incentivos perversos.

O actual estudo pretendeu, por isso, averiguar se existe na actual metodologia de financiamento hospitalar incentivos à selecção de doentes, que pelas suas características, se tornem “mais rentáveis”.

Embora os hospitais analisados neste estudo sejam públicos e não tenham como objectivo final a obtenção de “lucro”, Dranove (1988) admite que podem agir como os hospitais com fins lucrativos, tendo em vista a aplicação dos excedentes financeiros noutros fins, tais como o aumento da qualidade para benefício do doentes ou para o acréscimo do prestígio institucional. Marques (2009) refere que “... *seja por questões filantrópicas ou de prestígio institucional e/ou profissional, o hospital altera o comportamento para maximizar a quantidade e o rendimento ...*” pelo que os prestadores tendem a apresentar comportamentos racionais, nomeadamente no que respeita a admissão de doentes.

Tendo em conta a actual condição económica e financeira e a crescente pressão exercida no sentido do controle da despesa hospitalar (para mais informação leia-se o documento da ERS: A análise da sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde, disponível em http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf), o incentivo à selecção de doentes pode estar relacionado, mais do que com a obtenção de lucro, com a garantia da sustentabilidade económica e financeira das instituições.

Embora a selecção de doentes parta do pressuposto que os doentes mais, ou menos, “rentáveis” são identificáveis, prever à partida o consumo de recursos gerado por determinado doente não é tarefa fácil. Contudo, contudo, Newhouse (1989) refere que se não existisse capacidade de prever o consumo de recursos (no estudo por ele realizado associado à previsão de duração do internamento) a questão da selecção de doentes não se colocaria.

Em Portugal o sistema de financiamento do internamento hospitalar público procura ser de natureza prospectiva, sendo que os preços a serem pagos por cada produto são previamente conhecidos, tendo em vista a indução de eficiência. O preço a ser pago por cada produto (doente saído) depende do GDH gerado pelo doente. É por isso um sistema de financiamento baseado em GDH estando, portanto, sujeito às limitações que são lhe são apontadas. Das limitações apontadas aquela que serviu de objecto de estudo para o actual trabalho foi a questão da variabilidade no consumo de recursos intra GDH, que pode resultar em incentivo à selecção de doentes, colocando assim em causa a equidade no acesso a cuidados de saúde.

Efectivamente, o modelo de financiamento por GDH ao compreender o pagamento de um preço médio por doente saído, consoante o GDH gerado, para o caso do subsistemas, ou o pagamento de um valor com base no case mix do internamento e cirurgia de ambatório, calculado tendo em conta os pesos relativos de cada GDH, para os doentes do SNS, incentiva o hospital a procurar que o preço de produção fique aquém do preço pago, já que parece ser lícito que perante um mesmo financiamento se procure produzir o mesmo produto final (GDH) por um custo inferior.

Este facto, aliado à actual conjuntura socioeconómica e consequente pressão para controlar custos, faz com que estejam reunidas as condições para a adopção de comportamentos socialmente indesejáveis.

Assim sendo, se a actual metodologia de financiamento permitir identificar os doentes cujos custos de produção sejam mais favoráveis, seja por consumirem menos recursos ou por serem mais bem pagos, então existe incentivo à selecção de doentes (Perelman *et al.*, 2008), com consequências na iniquidade no acesso a cuidados de saúde.

O actual trabalho dedicou-se, por isso, ao estudo do impacte que as características inerentes aos doentes (sexo, idade, comorbilidades, poder de compra e severidade -aqui representadas pelo tempo de internamento em UCI e tipo de admissão -) têm no tempo de internamento, assumido como *proxy* dos custos.

Discutidos que foram alguns dos pressupostos teóricos importa agora analisar criticamente os resultados obtidos à luz da revisão bibliográfica.

O presente estudo permitiu demonstrar que existem características inerentes aos doentes (idade, severidade, comorbilidades e estatuto económico) cujo impacte nos custos, provocado pela variação no tempo de internamento, os torna susceptíveis de selecção, tendo em vista a obtenção de “lucro” ou simplesmente a contenção da despesa.

No que concerne a variável **sexo**, a regressão univariada permitiu concluir que os homens permanecem mais tempo internados, pelo que representam custos acrescidos, mas um ajustamento pelas demais variáveis demonstrou que não existe evidência estatística de que tal se verifique. A análise da distribuição dos doentes, de acordo com o sexo, pelos hospitais demonstrou ainda que tanto nos hospitais com resultados positivos como nos hospitais com resultados negativos se verifica uma maior percentagem de homens tratados. Uma explicação possível para este fenómeno é a diferença na utilização dos serviços de saúde entre homens e mulheres já que, embora as mulheres sejam aparentemente mais utilizadoras dos serviços estão posteriormente sujeitas a iniquidade no que respeita o acesso a tratamentos especializados para as doenças cardiovasculares e cirurgia (Fernandes, Mateus e Perelman, 2009). Tais achados são coincidentes com os dados do INE (obtidos em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>) que demonstram que embora a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares seja superior nas mulheres (55%), são os homens os responsáveis por a maior percentagem de internamentos (52%).

Relativamente à **idade**, a análise de ambas as regressões, univariada e multivariada, permite concluir que doentes mais velhos permanecem mais tempo internados. Os resultados obtidos, coincidentes com os do estudo de Rosenthal e Landefeld (1993), sugerem que, quer seja por terem um maior nº de comorbilidades associadas, o que prolonga o tempo de recuperação e implica uma abordagem médica multi e interdisciplinar, quer seja por se tratar de doentes mais severos, a doentes mais idosos estão associados internamentos mais prolongados e consequentemente mais dispendiosos.

Convém ressaltar, contudo, a interpretação destes resultados já que, embora a demora de internamento tenha sido assumida como *proxy* dos custos para o estudo em questão, nem sempre internamentos mais longos correspondem a internamento mais dispendiosos. Efectivamente, dependendo do motivo de internamento e dos cuidados a serem prestados (se compreendem ou não a utilização de fármacos e procedimentos aos quais estejam associados inovação e desenvolvimento tecnológico), a internamentos mais curtos podem estar

associados custos avultados, pelo que atender doentes mais jovens pode tornar-se mais dispendioso do que tratar doentes mais idosos.

Não podemos esquecer contudo que a actual metodologia de financiamento, embora não compreenda um ajustamento pela severidade, se encontra ajustada pela complexidade, pelo que tratar doentes mais complexos pode ser compensatório no que diz respeito ao “lucro”. Assim, atendendo a que a doentes mais idosos pode corresponder uma maior severidade (Costa e Lopes, 2004, referem existir uma correlação significativa e directa entre severidade dos doentes e idade) e menor complexidade (Macmahon e Newbold, 1986) tratar estes doentes pode ser duplamente penalizante já que têm tempos de internamento mais prolongados mas menos financiados. Esta interpretação é coincidente com a conclusão decorrente da análise da distribuição da média de idades dos doentes atendidos nos hospitais, que é superior para os hospitais com resultados negativos.

No que concerne a **severidade** constatou-se que os doentes mais severos, isto é com necessidade de internamento em UCI e/ou cuja admissão não foi programada, vêm os seu tempo de internamento aumentado face a doentes menos severos, que não necessitam de prestação de cuidados em UCI e cuja admissão foi programada. Considera-se portanto que a variação na gravidade da doença é responsável pela variação no tempo de internamento. A variação positiva no tempo de internamento para estes doentes pode dever-se a uma maior deterioração do estado de saúde, que se reflecte num aumento do tempo necessário para o restabelecimento da homeostase, isto porque tanto os doente com admissões urgentes como os doente que necessitam de cuidados em UCI, frequentemente dão entrada nos hospitais em estado crítico e descompensado do ponto de vista hemodinâmico, necessitando de uma multiplicidade de cuidados, exames complementares de diagnóstico e/ou cirurgia, que resultam em internamentos mais prolongados e dispendiosos. Tal pode dever-se à falta de cuidados de saúde prévios, resultantes da falta de acesso a cuidados de saúde primários, como sejam consultas de médicos de clínica geral (Bago d’Úva, 2007; Leite, 2009; Vandoorslaer *et al.* 2004).

É de salientar ainda que, não raramente, a necessidade de internamento em UCI se prende com complicações resultantes dos cuidados prestados, como sejam infecções nosocomiais e/ou lesões iatrogénicas e outras, pelo que a demora de internamento inicialmente prevista se prolonga no tempo (Darchy *et al.*, 1999). Admissões não programadas e internamentos em UCI frequentemente resultam na utilização de equipamento tecnológico e pessoal técnico habilitado para o seu uso o que se reflecte em termos dos custos totais.

Da análise da distribuição da severidade dos doentes pelos hospitais concluiu-se ainda que os hospitais com resultados negativos trataram mais doentes severos na medida em que atenderam mais doentes urgentes do que os hospitais com resultados positivos e apresentaram médias de dias de internamento em UCI bastante mais elevadas do que os hospitais com resultados positivos. Estes resultados são concordantes com os de Averill *et al.* (1992) e explicáveis pelos pressupostos anteriores.

No que concerne as **comorbilidades** em estudo, à excepção do edema agudo do pulmão e choque, todas fazem aumentar o tempo de internamento e potencialmente o consumo de recursos. Os motivos pelos quais se considera que as comorbilidades fazem variar o tempo de internamento são os mesmos apresentados para a severidade já que a doentes com comorbilidades associadas associa-se uma maior gravidade da doença, podendo o seu manuseamento ser mais demorado, difícil e complexo. Os resultados obtidos vão assim ao encontro do sugerido por Lynk (2001) e Iezzoni (1997).

Relativamente à distribuição das comorbilidades pelos hospitais, de acordo com o resultado, verificou-se que os hospitais com resultados positivos trataram mais doentes com insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal aguda, malignidade e choque enquanto os hospitais com resultados negativos trataram mais doentes com disritmia cardíaca, doença cerebrovascular, edema pulmonar e diabetes com complicação. Atendendo a que estas conclusões resultam de uma análise da distribuição das características, e não numa regressão multivariada, a existência de efeitos de confundimento que enviesem os resultados é uma realidade. Assim, é possível que doentes com disritmia cardíaca, doença cerebrovascular e diabetes com complicação sejam simultaneamente mais idosos ou estejam em situação de maior severidade, não sendo possível determinar se o impacto nos resultados se deve às comorbilidades ou a outras características dos doentes que o hospital atende. Um trabalho que compreendesse um maior nº de episódios talvez permitisse a realização de uma regressão multivariada que anulasse os efeitos de confundimento e possibilitasse resultados mais elucidativos e fidedignos.

Relativamente ao impacto que o **estatuto económico** pode ter na variação do tempo de internamento, a utilização da variável poder de compra do doente permitiu-nos concluir que a doentes com maior poder de compra estão associados tempos de internamento mais prolongados e, consequentemente, custos mais elevados.

Surpreendentes, em virtude de estarem em total desacordo com a revisão bibliográfica efectuada e estudos existentes, que afirmam que doentes de estratos económicos mais baixos

têm demoras de internamento mais longas com consequências financeiras para os hospitais (Epstein *et al*, 1988; Epstein *et al*. 1990), estes resultados divergem ainda dos obtidos na análise da distribuição do poder de compra pelos hospitais conforme o seu resultado, já que, a média de poder de compra dos doentes atendidos em hospitais com resultados negativos é inferior à média de poder de compra dos doentes atendidos em hospitais com resultados positivos. Estes últimos achados são coincidentes com os de Perelman *et al* (2008) que sugerem que doentes de estratos socioeconómicos mais elevados contribuem para melhores resultados financeiros.

Embora não esperados, os resultados obtidos permitem-nos algumas considerações interessantes no que concerne a equidade no acesso a cuidados de saúde diferenciados.

Conforme se constatou, quando do enquadramento teórico, as iniquidades no acesso a cuidados de saúde, em Portugal, favorecem os grupos de rendimento mais elevados (Pereira, 2002; Vandoorslaer *et al* , 2004; Pereira e Lopes, 2006; Vandoorslaer *et al* , 2006; Simões *et al.*, 2006; Lourenço *et al.* ,2007; Leite, 2009;), sendo que Simões *et al.*(2006), afirmam mesmo que existe iniquidade a favor dos mais ricos no público e no privado para consultas de cardiologia. Assim, não é de excluir que os doentes da base de dados utilizada tenham maioritariamente poder de compra superior, o que poderá enviesar os resultados. Efectivamente verifica-se, que embora a média de poder de compra dos doentes em estudo seja de 104 euros, e o poder de compra mínimo de 47 euros, a moda corresponde a 235 euros (valor máximo de poder de compra para o estudo em questão), pelo que se depreende que a maioria dos doentes internados provém de estratos socioeconómicos favorecidos, enviezando verdadeiramente as conclusões no que concerne à variação na demora de internamento de acordo com o poder de compra. Recorde-se ainda que na base dados utilizada, a maior percentagem de doentes tratados é do sexo masculino, ao qual também está associado maior poder de compra o que também concorre para a explicação anteriormente apresentada. Os resultados obtidos corroboram, por isso, a premissa de que doentes com melhores condições socioeconómicas têm maior acessibilidade.

Outra explicação possível para os resultados alcançados prende-se com a grande categoria de diagnóstico em estudo – Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório - e o facto de alguns dos factores de risco para o desenvolvimento das doenças que se inserem nesta Grande Categoria de Diagnóstico (doenças cardiovasculares), nomeadamente sedentarismo e stress, estarem mais associados a indivíduos que exercem funções em quadros médios ou superiores, e que auferem de melhores salários. Estes indivíduos estão duplamente sujeitos a uma maior

taxa de internamento, seja por maior predisposição para contrair a doença, seja por maior acessibilidade em função do seu maior poder de compra, pelo que se considera que também este factor concorra para os resultados obtidos, na medida em que deturpa a realidade dos doentes atendidos nos hospitais públicos.

Poderá acontecer ainda que, decorrente do seu maior poder de compra e superior grau de literacia, os doentes “mais ricos” tenham capacidade de exercer maior pressão junto das equipas multidisciplinares, no sentido de prolongar o tempo de internamento, o que poderá ocorrer em virtude da adopção de uma prática de medicina “mais defensiva” pelos profissionais de saúde. Os resultados alcançados confirmam assim a existência de iniquidade a favor dos mais ricos nos cuidados de saúde, o que vai ao encontro de estudos como sejam os de Vandoorslaer *et al.* (2004), Pinto Leite (2009), Bago D’Uva *et al.* (2007), Vandoorslaer *et al.*, (2006), Pereira e Lopes (2006) Simões *et al.* (2006), Santana (1999) Pereira e Furtado (2010), Masseria *et al.* (2004) e Lopes (2004).

Admite-se que se o estudo fosse alargado à totalidade dos doentes atendidos nos hospitais públicos, no ano de 2007, os resultados alcançados poderiam variar, ou mesmo diferir no que concerne a variação do tempo de internamento de acordo com o estatuto socioeconómico, pelo que seria aconselhável numa análise futura proceder a um estudo mais detalhado das causas destas variações, incluindo para tal um número mais vasto de hospitais seguidos por um período de tempo que compreendesse alguns anos.

Crê-se, contudo, que as conclusões no que respeita o impacto das características em estudo no consumo de recursos, com consequente possibilidade de identificação de doentes, que por essas mesmas características se tornam mais ou menos “rentáveis” para os hospitais, se manteriam.

Assim, por não compreender qualquer forma de ajustamento pelas características identificadas como indutoras do consumo de recursos, a metodologia de financiamento em vigor potencia iniquidades no financiamento, que se poderão traduzir em comportamentos socialmente indesejáveis, já que hospitais que tratam doentes mais velhos, mais severos e com mais comorbilidades associadas ficam prejudicados quando comparados com hospitais que atendem doentes mais jovens, menos severos e com menor número de comorbilidades. O sistema de financiamento actual privilegia, portanto, uns hospitais em detrimento de outros, tendo em conta as características da população que serve e a sua consequente capacidade para seleccionar, ou não, doentes mais rentáveis.

Há que salvaguardar contudo que a metodologia dos contratos programas, actualmente em vigor para o financiamento hospitalar público português, admite, para além de uma componente de pagamento pela produção e da componente de pagamento pelo desempenho, o pagamento do denominado valor de convergência, que consiste num reembolso de custos ao hospital sempre que a diferença entre os proveitos e os custos é negativa. Esta componente retrospectiva do sistema de financiamento ao reduzir o risco financeiro⁹ ao prestador, reduz também o incentivo à selecção de doentes e potenciais iniquidade no financiamento. Entende-se, portanto, que o valor de convergência atribuído aos hospitais salvaguarda, em parte, os doentes de uma possível selecção.

No entanto, mediante um ajustamento do financiamento hospitalar pelo risco inerente às características sócio-demográficas da população que serve, seria possível aproximar-se de uma situação onde, independentemente do estado de saúde, todos os indivíduos seriam igualmente rentáveis para os hospitais. O sistema de ajustamento pelo risco para ser adequado e promover simultaneamente objectivos de equidade e eficiência deveria utilizar informação baseada nas necessidades em saúde da população para um determinado período de tempo, como já acontece actualmente, em parte, para o financiamento das Unidades Locais de Saúde, permitindo que os pagamentos diferissem entre as diferentes regiões conforme a distribuição das doenças não premiando, contudo, práticas menos eficazes, eficientes e onerosas (Fishman e Shay, 1999; Ven de Ven e Ellis, 2000; Robinson *et al.* 1991, citados por Costa *et al.*, 2008).

Face ao exposto, e em resposta à pergunta de investigação, considera-se que a actual metodologia de financiamento dos hospitais públicos portugueses possui incentivos à selecção, visto possibilitar a identificação de doentes que pelas suas características se tornam menos “rentáveis” para os hospitais, o que se pode traduzir numa perda de qualidade assistencial e de acessibilidade para os mesmos.

Considera-se ainda que a actual metodologia de financiamento privilegia/penaliza uns hospitais em detrimento de outros, tendo em conta a população que serve, visto as características identificadas como indutoras do consumo de recursos se distribuírem geograficamente de forma desigual pelas diferentes regiões do país. Considera-se ainda que de acordo com a heterogeneidade da população que serve uns hospitais têm maior capacidade para seleccionar doentes, influenciando assim os seus resultados do que outros.

10 De acordo com Costa *et al.* (2008) “Aplicada ao sector da saúde, a definição conceptual de risco pode ser entendida como a fronteira estocástica de cada indivíduo na futura utilização de cuidados ...trata-se da necessidade inata de uma população para a utilização de cuidados de saúde, independentemente do nível de eficiência do sistema de saúde.”

12.3 – RECOMENDAÇÕES

Uma vez concluído o presente estudo, e tendo em consideração os resultados obtidos, bem como as limitações que lhe são inerentes, considera-se pertinente a realização de futuros trabalhos no âmbito da avaliação de potenciais iniquidades no acesso a cuidados de saúde motivadas pelos incentivos decorrentes das metodologias de pagamento aos prestadores. Isto porque se considera fundamental o conhecimento *a posteriori* dos incentivos à adopção de comportamentos socialmente indesejáveis inerentes aos sistemas de financiamento, antes de se proceder a reestruturações dos mesmos.

Assim sendo, apresenta-se em seguida uma lista de sugestões que se julgam pertinente após a realização do estudo:

- Considera-se importante, partindo das limitações metodológicas do presente estudo, dar continuidade ao trabalho realizado, desta feita com a totalidade dos dados referentes aos resumos informatizados de alta dos hospitais públicos portugueses. Tal pressuporia que todos os doentes e hospitais estariam sob escrutínio, o que permitiria a realização de uma regressão multivariada entre as características inerentes aos doentes e os resultados apresentados pelos hospitais. Neste âmbito propõe-se ainda a escolha não só de um período de um ano mas de um contínuo de 3 ou mais anos, preferencialmente após a consolidação dos períodos de fusão hospitalar e transformação de estatuto jurídico, tendo em vista a obtenção de resultados anuais dos hospitais mais fidedignos e representativos. Sugere-se ainda a utilização de outras variáveis dependentes, representativas dos custos de produção, para além do tempo de internamento, tendo em vista a obtenção de resultados mais fidedignos no que concerne a variação dos custos.

- Crê-se indispensável a adopção de um programa de acompanhamento e monitorização do comportamento dos hospitais no que concerne a selecção de doentes.

- Acredita-se ser relevante equacionar uma fórmula de financiamento ajustado pelas características da população que os diferentes hospitais servem, para assim mitigar os incentivos à selecção de doentes existentes na actual metodologia de financiamento hospitalar.

- Por último tem-se como pertinente fomentar a realização de estudos que permitam inferir acerca do impacte que as actuais reformas no sistema de financiamento de saúde (aumento dos co-pagamentos/taxas moderadoras, pagamento do transporte de doentes, etc) têm na equidade no acesso a cuidados de saúde.

VII – CONCLUSÃO

Partindo do pressuposto que o sistema de financiamento hospitalar influencia o comportamento dos prestadores de cuidados no que concerne a efectividade, eficiência, equidade e qualidade dos cuidados prestados, e tendo em consideração a pressão exercida, no sentido do controle da despesa, pelas actuais circunstâncias sociais e económicas, pretendeu-se com o presente trabalho inferir acerca dos incentivos à selecção de doentes, inerentes à actual metodologia de financiamento hospitalar.

Atendendo a que a actual metodologia de financiamento do internamento hospitalar, compreende o pagamento de um preço médio por doente saído, consoante o GDH gerado, para o caso do subsistemas, ou o pagamento de um valor com base no case mix do internamento e cirurgia de ambulatório, calculado tendo em conta os pesos relativos de cada GDH, para os doentes do SNS, é expectável que o hospital, tendo em vista a garantia da sustentabilidade e/ou obtenção de mais-valias, procure que o preço de produção, por doente, fique aquém do preço pago. Tal pode resultar em desincentivo à admissão de doentes que acarretem maior consumo de recursos, desde que estes sejam identificáveis. Isto porque é lícito que as instituições procurem, perante um mesmo financiamento, produzir o mesmo produto final (GDH) por um custo inferior.

O presente estudo incidiu, por isso, na análise do impacte que as características inerentes aos doentes têm na variação do tempo de internamento, aqui assumido como *proxy* dos custos, e que os pode tornar susceptíveis de selecção, tendo-se para tal debruçado sobre aquela que é a principal linha de produção hospitalar, o internamento.

Uma vez seleccionada a variável dependente, *proxy* dos custos, tempo de internamento, seleccionaram-se como independentes as seguintes variáveis intrínsecas aos doentes: sexo, idade, comorbilidades, tempo de internamento em unidades de cuidados intensivos, tipo de admissão (ambas consideradas *proxy* da severidade), GDH (utilizado como *proxy* do diagnóstico) e poder de compra (*proxy* da condição económica). Posteriormente realizou-se uma regressão multivariada que permitiu averiguar a relação existente entre a demora de internamento e as características dos doentes, tendo-se concluído que doentes mais velhos, com passagem por UCI durante o tempo de internamento, com admissão urgente, comorbilidades associadas e maior poder de compra apresentam demoras de internamento mais prolongadas. Tendo em consideração a correlação positiva existente entre

o tempo de internamento e os custos (Polverejan *et al.*, 2003), podemos deduzir que estes doentes acarretam, por isso, maiores custos.

Uma vez averiguada a relação entre as características dos doentes e a variação no tempo de internamento analisou-se a distribuição das mesmas pelos hospitais, conforme os resultados alcançados por estes fossem positivos ou negativos, tendo-se constatado que os hospitais que apresentaram resultados negativos atenderam doentes mais idosos, mais severos e com pior condição económica (isto é, menor poder de compra). Ou seja, os hospitais que apresentaram piores resultados financeiros foram, simultaneamente, aqueles que trataram mais doentes com as características identificadas, previamente como indutoras de custos.

Os resultados obtidos sugerem, por isso, que as características inerentes aos doentes, responsáveis por variações no tempo de internamento podem ter impacte nos resultados alcançados pelos hospitais.

Face aos resultados encontrados considera-se que a actual metodologia de financiamento hospitalar possui incentivos à selecção de doentes, na medida em que é possível, e até relativamente fácil, identificar doentes que pelas suas características são menos “dispendiosos” de tratar, visto permanecerem menos tempo internados, e beneficia/penaliza uns hospitais em detrimento de outros, de acordo com as características da população que servem. Tais achados são incompatíveis com ambos os objectivos de equidade no acesso a cuidados de saúde e equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviço, almejados pelo Sistema de Saúde Português.

Assim sendo, tem-se como imprescindível monitorizar o comportamento dos hospitais no que concerne à admissão de doentes, analisar sistematicamente as metodologias de financiamento hospitalar em vigor, bem como aperfeiçoar e desenvolver novos sistemas de financiamento que incentivem, simultaneamente, a equidade no acesso a cuidados hospitalares e a equidade na distribuição de recursos.

BIBLIOGRAFIA

- AAS, M. – Incentives and financing methods. *Health Policy*. 34 (1995) 205-220.
- ALMEIDA, J. – A unidade funcional de saúde: impacte nos barómetros do sistema de saúde português. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 1998. Dissertação elaborada no âmbito do XXVI Curso de Especialização em Administração Hospitalar 1996/ 1998 ministrado pela ENSP.UNL.
- AMARO, N. [et al.] – The implementation of a purchasing mechanism for hospital resource allocation in Portugal. [Em linha] 24th PCSI Working Conference – Casemix beyond funding – Contributions for health policy, 8-11 October 2008. [Consultado a 9 Junho 2011]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/PCSI_2008_Hospital%20Purchasing.pdf.
- AVERIL, R. [et al.] – The evaluation of case mix measurement using diagnosis related groups (DRG's). *3 M Health Information Systems Reports*. 5 (1998) 1-40.
- BAGO D'Uva, T. – Equidade no sector da saúde em Portugal. In SIMÕES, J. [et al.] – 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado, Coimbra: Edições Almedina, 2010.
- BAGO D'Uva, T.; JONES, A.; VANDOORSLAER, E. – Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European panel data. *Journal of Health Economics*. 28: 2 (2009) 280-289.
- BARBOSA, T. – Análise da Variação do Consumo de Recursos nos GDH's: projecto de investigação aplicada. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2005. Dissertação elaborada no âmbito do XXXIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2003 /2005 ministrado pela ENSP/UNL.
- BARNUM, H.; KUTZIN, J.; SAXENIAN, H. – Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*. 10 (1995) 23-45.
- BARROS, P. – Eficiência e modos de pagamento aos hospitais. In BARROS, P.; SIMÕES, J. (coord.) – Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1999. 237-259.
- BARROS, P. – Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. *Journal of Health Economics*. 22:3 (2003) 419-443.
- BARROS, P. – Economia da saúde conceitos e comportamentos. 2ª edição revista. Coimbra: Edições Almedina, 2009.

- BARROS, P.; GOMES, J. – Os sistemas nacionais de saúde da união europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar Português. [Em linha]. Lisboa: GANEC Gabinete de análise económica, Faculdade de Economia de Lisboa. Universidade Nova de Lisboa, 2002. [Consult. 12 Dez. 2010]. Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-final.pdf.
- BRAVEMAN, P. – Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual review of Public Health*. 27 (2006) 167-194.
- BENTES, M. – O financiamento dos hospitais. Lisboa: IGIF, 1998.
- BENTES, M. [et al.] – A utilização dos GDH como instrumentos de financiamento hospitalar. *Gestão Hospitalar*. 33 (1996) 33-40.
- BENTES, M. – Formas de Pagamento de Serviços Hospitalares: resumo da comunicação. In I Jornadas Ibéricas de Gestão Hospitalar, 1, 25 e 26 de Setembro de 1997.
- BENTES, M.; BERARDO, A. – Financiamento de Cuidados de Saúde Diferenciados. In Encontro Nacional de Economia da Saúde, 8, Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde, 23 e 24 de Outubro de 2003. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2003.
- BORREL, C. [et al.] – La medición de las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 14:3 (2000) 20-33.
- BUSSE, R. [et al.] (Eds.) – Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. England: Open University Press, McGraw-Hill, 2011.
- CABRAL, F. – Comportamentos de Admissão de Doentes nos hospitais em Portugal: selecção Adversa? Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2004. Dissertação elaborada no âmbito do XXXII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2002/ 2004 ministrado pela ENSP/UNL.
- CAMPOS, A. – Reformas da Saúde: O Fio Condutor. Coimbra: Edições Almedina, 2008.
- COSTA, C. – Os DRGs (Diagnosis Related Groups) e a gestão do hospital. *Revista Portuguesa de gestão*. III/IV 8: 1 (1994) 47-65.
- COSTA, C. – Financiamento dos serviços de saúde: a definição de preços. *Revista Portuguesa de gestão*. 8: 2 (1990) 65-72.
- COSTA C.; LOPES, S. – Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 4 (2004) 35-50.

COSTA, C.; LOPES, S. – Avaliação do desempenho dos hospitais SA. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Gestão em Organização de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2005.

COSTA, C.; LOPES, S.; SANTANA, R. – Diagnosis Related Groups e Disease Staging: Importância para a administração Hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático: 7 (2008) 7- 28.

COSTA, C.; SANTANA, R.; BOTO, P. – Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático: 7 (2008) 67- 102.

COTS, F. [et al.] – Relationship between hospital structural level and length of stay outliers: Implications for hospital payment systems. *Health Policy*. 68 (2003) 159-168.

DARCHY, B. [et al.] – Iatrogenic diseases as a reason for admission to the intensive care unit, incident, causes, and consequences. *Arch Intern Med*. 159 (1999) 71-78.

DRANOVE, D. – Pricing by non-profit institutions: the case of hospital cost-shifting. *Journal of Health Economics*. 7 (1988) 47-57.

ELLIS, R.; MCGUIRE, T. – Provider behavior under prospective reimbursement cost sharing and supply. *Journal of health economics*. 5 (1986) 129-151.

ELLIS, R. – Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*. 17 (1998) 537-555.

EPSTEIN, A.; STERN, R.; WEISSMAN, J. – Do the poor cost more? A multihospital study of patients socioeconomic status and use of hospital resources. *The New England Journal of Medicine*. 322: 16 (1990) 1122-1128.

EPSTEIN, A. [et al.] – The association of patients socioeconomic characteristics with the length of stay and hospital charges within diagnosis-related groups. *New England Journal of Medicine*. 318 (1988) 1579-1585.

ESCOVAL, A. – Sistemas de financiamento da saúde: análise e tendências. Lisboa: APES, 1999. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Empresariais apresentado ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

FEINGLASS, J.; MARTIN, G.; SEN, A. – The financial effect of physician practice style on hospital resource use. *Health Services Research*. 25:2 (1991) 183 – 206.

FERNANDES A.; MATEUS, C.; PERELMAN, J. – Health and healthcare in Portugal, does gender matter? Documento de trabalho. [Em linha]. Lisboa, Instituto Nacional Ricardo Jorge, 2009.

[Consult. 27 Jul. 2011]. Disponível em:
<http://www.fcm.unl.pt/cv/Health%20and%20Health%20Care%20in%20Portugal.pdf>.

FORTIN, M. – O processo de investigação: Da concepção à realização. 1ª Ed. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas Lda., 1999.

FURTADO, C.; PEREIRA, J. – Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Documento de trabalho. [Em linha]. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2010. [Consult. 27 Jan. 2011]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/EA1.pdf>.

FRANK, R.; LAVE, J. – A comparison of hospital responses to reimbursement policies for Medicaid psychiatric patients. *The Rand Journal of Economics*. 20: 4 (1989) 588-600.

FURTADO, C.; PINTO, M. – Análise da Evolução da Utilização dos Anti-Hipertensores em Portugal Continental entre 1999 – 2004. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 25:3 (2006) 273-292.

GONNELLA, J. – Case mix classification: the need to reduce inappropriate homogeneity. *Jama*. (1986) 255: 7 941 - 942.

GONNELLA, J.; HORNBOOK, M.; LOUIS, D. – Staging of disease: a case mix measurement *JAMA*. 251:5 (1984) 637-644.

HINDLE, D.; DEGELING, P.; VAN DER WEL, O. – Severity variations within DRGs: Measurement of hospital effects by use of data on significant secondary diagnoses and procedures. *Australian Health Review*. 21:1 (1998) 37-49.

HORN, S. [et al.] – The relationship between severity of illness and hospital length of stay and mortality. *Medical Care*. 29: 4(1991), 305-317.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH – Working Definitions. [Em linha]. International society for equity in health, 2005 [Consult. 3 Maio. 2011]. Disponível em: <http://www.iseqh.org/en/workdef.htm>.

KJERSTAD, E. – Prospective Funding of general hospitals in Norway: Incentives for higher production? *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 3 (2003) 231-251.

LEE, A.; CODDE, J. – Determinants of length of stay: implications on differential funding for rural and metropolitan hospitals. *Australian Health Review*. 23: 4 (2000) 126-133.

LEGRAND, J. – Equidade: saúde e cuidados de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*. 7 (1989) 5-15.

LEVAGGI, R. – Cream skinning in the provision of health care. *Rivista di Scienza della Finanza e Diritto Finanziario*. LXI: 3/ 1 (2002b) 405-423.

LOPES, S. – Equity in the delivery of health care in Portugal: evidence from the 1998/99 National Health Interview Survey. Master of Sciences in Health Economics. York: Department of Economics and Related Studies, University of York, 2004.

LOURENÇO, O. [et al.] – A equidade na utilização de cuidados de saúde em Portugal: uma avaliação em modelos de contagem. *Notas económicas*. 25 (2007) 6-26.

LYNK, W. – One DRG, one price? The effect of patient condition on price variation within DRGs and across hospitals. *International Journal of health care finance and economics*. 1:2 (2001) 111-137.

MACMAHON, L.; NEWBOLD, R. – Variation in resource use within Diagnosis-Related Groups: The effect of severity of illness and physician practice. *Medical care*. 24:5 (1986) 388-397.

MAROCO, J. – Análise estatística: Com utilização do SPSS. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

MARQUES, A. – Preços, pagadores e produção nos hospitais públicos portugueses. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2009. Dissertação elaborada no âmbito do XXXVII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2007/ 2009 ministrado pela ENSP/UNL.

MATEUS, C. – O impacto do financiamento por Grupos de Diagnósticos Homogéneos em Portugal entre 1995 e 2001. Lisboa: IGIF (2002) [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em: http://www.fgcasal.org/aes/docs/ceu_mateus.pdf.

MATEUS, C. – Oferta e pagamento de cuidados. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2008. Texto policopiado distribuído no âmbito da Disciplina de Economia da Saúde do V CMGS.

MATEUS, C. [et al.] – GDH: Relatórios de retorno e auditorias da codificação clínica: ingredientes para a melhoria da qualidade. [Em linha]. Lisboa: IGIF. 3 (2000) [Consult. 12 Nov. 2010]. Disponível em: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/GDH -
_Relat%C3%B3rios de retorno e auditorias da codifica%C3%A7%C3%A3o cl%C3%ADnica: i
ngredientes para a melhoria da qualidade](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/GDH_-_Relat%C3%B3rios_de_retorno_e_auditorias_da_codifica%C3%A7%C3%A3o_cl%C3%ADnica:_ingredientes_para_a_melhoria_da_qualidade).

MATEUS, C. – Sistemas de Classificação de doentes como instrumento de gestão. In SIMÕES, J. (Coord.) – 30 Anos do serviço Nacional de Saúde um percurso comentado. Coimbra: Edições Almedina, 2010.

- MÉDICI, A. – Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In PIOLA, S.; VIANA, S. – Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 2002. 23-70.
- MIGUEL, J.; BUGALHO, M. – Economia da Saúde: novos modelos. *Análise Social, Vol. XXXVIII*. 166 (2002) 51-75.
- NEWHOUSE, J. – Do unprofitable patients face access problems? *Health Care Financing Review*. 11:2 (Winter 1989) 33-42.
- NEWHOUSE, J. – Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economics Literature*. XXXIV (1996) 1236-1263.
- NEWHOUSE, J.; BYRNE, D. – Did Medicare's prospective payment system cause length of stay to fall? *Journal of Health Economics*. 7:4 (1988) 413-416.
- NORONHA, [et al.] – O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs: Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. *Revista de Saúde Pública* 25: 3 (1991).
- OLIVEIRA, M.; BEVAN, G. – Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *Health Policy*. 66 (2003) 277-293.
- PEREIRA, J. – Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema português. In PIOLA, S.; VIANNA, S. (eds). Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. 3ª ed. Brasília: IPEA, 2002.
- PEREIRA, J.; LOPES, S. – Income-related inequality in health care in relation to inequalities in need. *European Journal of health economics*. Suppl. 1, S77 (2006).
- PERELMAN, P.; CLOSON, M. – Hospital response to prospective financing of in-patient days: The Belgian Case. *Health Policy*. 84 (2007) 200-209.
- PERELMAN, J.; SHUMELI, A.; CLOSON, M. – Deriving a risk-adjustment formula for hospital financing: integrating the impact of socio-economic status on length of stay. *Social Science & Medicine*. 66 (2008) 88-98.
- PHILBIN, E.; DiSALVO, T.G. – Influence of race and gender on care process, resource use, and hospital-based outcomes in congestive heart failure. *The American Journal of Cardiology*. 82:1 (1998) 76-81.
- PINTO, J. — Performance organizacional: variabilidade no desempenho de dois serviços hospitalares com perfil de produção similar. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Universidade Nova de Lisboa, 2005. Dissertação elaborada no âmbito do XXX Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2000/ 2002 ministrado pela ENSP/UNL.

PINTO, J. – Are we getting there? The pursuit of health equity in Portugal. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, 2009. Dissertação elaborada no âmbito do Mestrado em Economia Aplicada 2008/2009 ministrado pela FEUNL. UNL.

POLVEREJAN, E. [et al.] – Estimating mean hospital costs as a function of length of stay and patient characteristics. *Health Economics*. 12:11 (2003) 935-947.

PORTARIA nº. 110-A/07. D.R. I Série. 16 (23-01-2007) 636-(2)-636-(124).

SIMÕES, A. ; PAQUETE, A. ARAÚJO, M. – Equidade Horizontal no Sistema de Saúde Português: Sector Público vs Sector Privado. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento Trabalho 3, 2006.

PORTUGAL. CRES – Conselho de reflexão sobre a saúde - Reflexões sobre a saúde - recomendações para uma reforma estrutural. Lisboa (1998).

PORTUGAL. Entidade Reguladora da Saúde – Análise da sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde. [Em linha]. Porto: ERS, 2011. [Consultado a 10 Janeiro 2012]. Disponível em http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf.

PORTUGAL. Lei n.º 48/90. Lei de Bases da Saúde. Lisboa, Diário da República, I Série (195) 24 de Agosto de 1990, 3452-3463.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Serviço de Saúde – Serviço Nacional de Saúde: Relatório e contas 2007. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007. [Consult. a 02 Janeiro 2012]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/Relatorio%20e%20Contas%20-%202007.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Serviço de Saúde – Relatório e Contas Hospitais EPE de 2007. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007. [Consult. a 06 Janeiro 2012]. Disponível em http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Informacao_Gestao/Relatorios_Contas/relatorios_2007/.

PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera do OPSS. [Em linha]. Lisboa: OPSS, 2001. [Consultado a 20 Junho 2011]. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/saboga/portalgest/relatorios/RP_2001.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Serviço de Saúde – Hospitais SNS: Contrato Programa 2007: preços e convergência e fixação de objectivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Serviço de Saúde – Hospitais SNS: Contrato Programa 2009: Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. IGIF – Cálculo dos doentes equivalentes e do Índice de Case-Mix de acordo com a Portaria nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro e Portaria nº 567/2006, de 12 de Junho. [Em linha]. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde departamento de planeamento e contratação, 2007. [Consultado a 30 Outubro 2010]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Tabelas_Impressos/C%C3%A1lculododoenteequivalenteICM.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde – Relatório Final da Comissão para a sustentabilidade do financiamento do serviço nacional de saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

ROCHA, O. [et al.] – Tratamento da osteoporose em Portugal Tendência e variação geográfica. *Acta Médica Portuguesa*. 19 (2006) 373-380.

ROSENTHAL, G; LANDEFELD, C. – Do older medicare patients cost hospital more? Evidence from an academic medical center. *Archives of International Medicine*. 153. (1993) 89-96.

ROSKO, M.; CARPENTER, C. – The Impact of Intra-DRG Severity of Illness on Hospital Profitability: Implications for Payment Reform. *Journal of Health Politics, Policy, and Law*. 19 (1994) 729– 751.

SANTANA, P. – Geografia das desigualdades em saúde e no estado de saúde. In BARROS, P.; SIMÕES, J., coord. – Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES), 1999. 179-205.

SANTANA, R. – O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5 (2005) 93-118.

SIMBORG, D. – DRG Creep a new hospital acquired disease. *New England Journal of Medicine*. 304 (1981) 1602- 1604.

SIMÕES, A.; PAQUETE, A.; ARAÚJO, M. – Equidade Horizontal no Sistema de Saúde Português: Sector Público vs Sector Privado. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2006.

SIMÕES, J.; BARROS, P.; PEREIRA, J. – A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa. Secretaria-geral do Ministério da Saúde, 2008.

URBANO, J.; BENTES, M. – Definição da produção do hospital: os grupos de diagnósticos homogéneos. *Administração Hospitalar* 8 : 1 (1990).

VALENTE, M. – Contratualização em contexto hospitalar. *Contratualização nos hospitais*. 9 (2010) 25-39.

VANDOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X. – Inequalities in Access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*. 174: 2 (2006) 177-183.

VANDOORSLAER, E.; KOOLMAN, X; JONES, A. – Explaining income-related inequalities in health care utilization in Europe. *Health Economics*. 13:7 (2004) 629-647.

VANDOORSLAER, E.; MASSERIA, C. – Income-Related Inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. [Em linha]Paris: Organization of economic Co-operation and development, 2004. . [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>

WAGSTAFF, A.; VANDOORSLAER, E. – Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *Journal of human resources*. 35:4 (2000) 716-733.

WATERS, H. – Measuring equity in Access to health care. *Social Science and Medicine*. 51 (1999) 599-612.

WATERS, K.; HUSSEY, P. – Pricing health services for purchasers: a review of methods and experiences. *Health Policies*. 70 (2004) 175-184.

WHITEHEAD, M. – The concepts and principles of equity in health. *International Journal of health services*. 22: 3 (1992) 429-445.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Health 21: The health for all policy frameworks for the WHO European region. [Em linha]. *European health for all series*. 6 (1999). [Consult. 23 Maio. 2011]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf.